

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° 116

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

MAL DE POTT POSTÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 3 Juin 1908

PAR

Mathieu COYOLA

Né à Lesperon (Landes), le 21 août 1882.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Examineurs de la Thèse :	{	MM. DENUCÉ	professeur	} <i>Président.</i>	
		ARNOZAN	professeur		
		GENTES	agréé		} <i>Juges.</i>
		GUYOT	agréé		

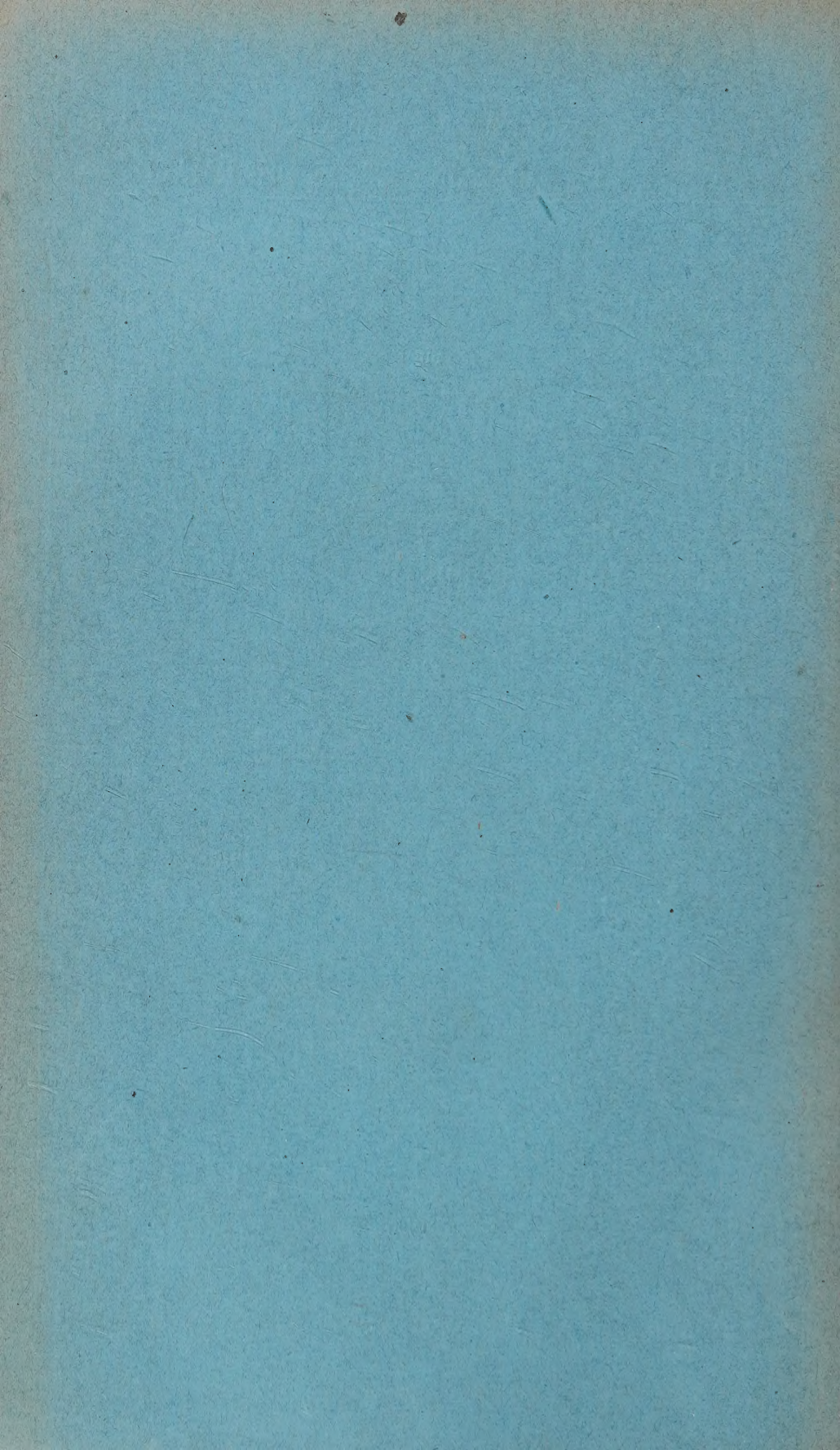
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijeaux — 91

1908





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° 116

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
MAL DE POTT POSTÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 3 Juin 1908

PAR

Mathieu COYOLA

Né à Lesperon (Landes), le 21 août 1882.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX



Examineurs de la Thèse :

{	MM. DENUCÉ	professeur	<i>Président.</i>
	ARNOZAN	professeur....	} <i>Juges.</i>
	GENTES	agrégé.....	
	GUYOT	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijaux — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. DUPUY.....	} Professeurs honoraires.
MASSE.....	

	MM.
Clinique interne.....	PICOT.
	PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie et thérapeutique générales.	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.	VILLAR.
Clinique d'accouchements.....	LEFOUR.
Anatomie pathologique.....	COÛNE.
Anatomie.....	GENTES (chargé).
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	L. LANDE.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIE.

	MM.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Pharmacie	DUPOUY.
Matière médicale.....	N.
Médecine expérimentale	FEARÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	BOURSIER.
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique...	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Pathologie exotique .	LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez....	MOURE.
Clinique des maladies mentales	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR.
CABANNES.
VERGER.

MM. ABADIE.
CRUCHET.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. BÉGOUIN.
VENOT.
GUYOT.

Accouchements. } MM. ANDERODIAS.
PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie } MM. GENTES.
CAVALIÉ.

Physiologie MM. GAUTRELET.
Histoire naturelle. } BEILLE.
 MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... MM. BENECH.

Pharmacie.....} MM. BARTHE.
LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM.	RONDOT.
Accouchements.....		PERY.
Physiologie.....		GAUTRELET.
Ophtalmologie.....		LAGRANGE.
Clinique dentaire.....		CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE LE DOCTEUR V. COYOLA

MÉDECIN DES CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

MÉDECIN DE L'ADMINISTRATION DES DOUANES

A MES NEVEUX ET NIÈCES

A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-FRÈRES J. LABÈQUE ET A. TASTET

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Nous n'aurions garde de quitter la Faculté sans adresser le témoignage de notre reconnaissance à tous les maîtres dévoués qui, durant le cours de nos études, ont guidé nos pas et nous ont accordé quelque bienveillance.

M. le Professeur agrégé Mongour, suppléant de M. le Docteur Durand, et M. le Professeur Pousson nous ont initié aux premiers principes, l'un de la médecine, l'autre de la chirurgie; nous n'oublierons pas leurs leçons déjà lointaines.

M. le Professeur Dubreuilh nous a témoigné un réel intérêt pendant l'année que nous avons passé dans son service comme externe; nous en garderons précieusement le souvenir. Nous nous souviendrons longtemps des savantes et claires leçons de notre maître, M. le Professeur agrégé Gentes; ce fut pour nous plus qu'un maître, ce fut un ami: à ce dernier titre nous le remercions sincèrement de tout le bien qu'il nous a fait.

M. le Professeur agrégé Guyot nous a, sans compter, aidé de ses conseils dans l'élaboration de ce travail; il nous a fourni quelques documents qui nous ont facilité la tâche; nous l'en remercions vivement.

M. le Professeur Denucé nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse: nous ne savons comment lui témoigner toute notre gratitude pour la trop grande bienveillance qu'il veut bien nous accorder.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MAL DE POTT POSTÉRIEUR

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION — HISTORIQUE

M. le docteur Rabère, chef de clinique chirurgicale infantile, ayant observé dans le service de M. le professeur Denucé deux cas d'ostéite tuberculeuse de l'arc postérieur des vertèbres, nous a fait l'offre de rechercher dans la littérature médicale des cas analogues et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Ces deux observations qu'il a bien voulu nous confier, jointes à trois observations inédites dues à MM. Princeteau et Guyot, professeurs agrégés et à M. Lefèvre, médecin résident à l'Hôpital Saint-André, ainsi que l'analyse des observations publiées que nous avons pu recueillir, ont fait la base

de notre thèse. L'historique et la bibliographie de cette question n'ont jamais été faits.

C'est en 1888 dans la « tuberculose vertébrale », que Lannelongue baptisa de mal vertébral postérieur « les altérations tuberculeuses limitées à l'arc postérieur des vertèbres, c'est-à-dire aux apophyses épineuses, transverses et articulaires, ainsi qu'aux larmes ».

Et il ajoutait: « On n'a pas fait que je sache, une étude à part des lésions tuberculeuses des arcs postérieurs des vertèbres, de ce que j'appelle le *mal vertébral postérieur*.

Si, en effet, on ne retrouve pas avant 1888, dans la littérature médicale, une étude isolée de la tuberculose postérieure des vertèbres, il ne faut pas croire que cette lésion ait passé inaperçu jusque là.

Cependant Percival Pott lui-même fait quelques restrictions sur la limitation exacte de la carie au corps des vertèbres, lorsqu'il dit que cette espèce de carie se borne au corps des vertèbres « n'attaquant jamais ou presque jamais les apophyses articulaires ». Bien avant lui, cependant, en 1614, Plater relate l'observation d'un homme qui élimina d'un abcès une apophyse cariée et qui guérit. (Obs. I).

F. Ribes en 1821, dans le Dictionnaire des sciences médicales, parle de la localisation de la carie aux apophyses des vertèbres.

La première observation détaillée de mal vertébral postérieur appartient à J. Bouillaud, qui la publia dans le *Journal hebdomadaire de Médecine de Paris*, en 1828, sous la rubrique: « Carie des lames et des apophyses épineuses des vertèbres supérieures de la région dorsale du rachis; inflammation et suppuration des méninges rachidiennes; ramolissement de la portion de la moelle correspondant aux vertèbres cariées », lésions vérifiées par l'autopsie.

« Dès 1834, Heine résiquait à l'ostéotome une apophyse épineuse cariée » (Chipault), et fut probablement le premier qui intervint chirurgicalement pour une telle lésion.

En 1837 Ollivier d'Angers, dans son traité « Maladies de la moelle épinière » relate l'observation d'un homme de soixante ans qui après avoir présenté des phénomènes de compression médullaire, et à l'autopsie, on trouva une carie des masses latérales et lames de la deuxième cervicale, et *une carie des lames* des deux premières vertèbres lombaires.

Dans l'article du Dictionnaire de Médecine en 1843, Ollivier traite assez longuement la question : « le corps des vertèbres est plus fréquemment affecté que les lames ou les apophyses ; toutefois, ces dernières, et surtout les apophyses transverses, dans lesquelles on trouve du tissu spongieux, sont quelquefois aussi le siège de l'altération. »... Nous avons dit que les lames et les apophyses pouvaient être seules affectées : *on en cite quelques exemples*. Cette carie est ordinairement superficielle, et succède assez communément à des ulcérations qui ont d'abord détruit les parties molles, et qui finissent par attaquer les os après avoir déterminé l'inflammation et la destruction du périoste ; dans ces cas, le mal s'étend ainsi de dehors en dedans, et ce n'est pas par l'os lui-même qu'il a débuté ». C'est à ce moment qu'il cite l'observation de Plater, et rappelle la sienne.

P. Broca, en 1858, ne parle du mal vertébral postérieur que pour l'éliminer de sa discussion sur les différences entre les caries et les tubercules : « Je ne m'occuperai pas, dit-il, de la carie qui attaque les lames et les apophyses ; cette variété de mal vertébral, en effet, n'offre aucune ressemblance clinique avec les tubercules, dont le siège est constamment dans les corps vertébraux. Je parlerai donc seulement de la carie de ces corps ».

En 1877, Herrgott parle de la carie de l'arc vertébral postérieur de la cinquième vertèbre lombaire et en fait la cause la plus fréquente de la spondylolisthesis, le spondylisme ou affaissement vertébral étant due à la carie du corps de la même vertèbre.

En 1878, Lannelongue relate dans sa note sur les ostéites apophysaires sa première observations, avec extraction

d'un séquestre dépendant de la deuxième dorsale, et prend aussi la seconde place, après Heine, dans l'historique de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose de l'arc vertébral postérieur.

En 1880, Boeckel, chez une fillette de neuf ans, porteur d'un gros abcès froid au niveau de la deuxième lombaire, extirpa la poche et enleva une apophyse épineuse cariée.

En 1882, Reclus enlève les apophyses épineuses dénudées des onzième et douzième dorsales, sur un garçon de quatorze ans, après ouverture d'un abcès.

En 1883, Polaillon relate dans l'*Union médicale* trois observations de mal vertébral postérieur avec guérison.

Delorme, en 1887, réséqua avec la pince de Liston dans l'étendue de plus d'un centimètre l'apophyse transverse de la troisième lombaire (Chipault).

Ollier, dans son *Traité des Résections* en 1885, dit avoir enlevé « des apophyses épineuses des vertèbres lombaires pour tuberculose ou dénudation, et, pour la même cause, abrasé des apophyses transverses. »

Buffet relate en 1886 un cas d'ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires opéré.

On voit donc que si en 1888, année où parut le travail de Lannelongue, il n'y avait pas de traité approfondi de la carie de l'arc postérieur des vertèbres, cette affection n'avait pas été méconnue, loin de là.

Depuis le traité de Lannelongue, le mal vertébral postérieur ne semble pas avoir été l'objet de recherches originales, et parmi les traités classiques, assez rares, sont ceux qui en font l'étude.

Chipault dans ses « Etudes de chirurgie médullaire » en 1894, parle cependant avec détails du traitement chirurgical de l'affection qui nous occupe.

Nous relatons entre temps les cas de Roberts (1894), Eastmann (1903), Jaeger (1905).

Les quelques auteurs classiques qui ont décrit le mal de Pott postérieur, A. Broca et Delanglade, dans le « Traité des

maladies de l'Enfance » Piéchaud et Denucé, Nové-Josserand, semblent surtout s'être inspirés du travail de Lannelongue, en y ajoutant quelques détails tirés de leur pratique personnelle.

D'ailleurs il y a peu de publications relatives au mal vertébral postérieur, appelé aussi « mal de Pott postérieur » (Piéchaud), pénurie qui n'est pas en rapport avec le petit nombre de cas observés, plus fréquents qu'on ne veut bien le dire, mais qui est facteur sans doute de l'allure bénigne que revêt cette affection. Les cas relatés en effet ne sont, en majorité, que des cas à complications graves ou tirant leur importance de la guérison chirurgicale.

Nous avons pu cependant réunir vingt-six observations, dont cinq inédites. Cependant sur le nombre, il y en a trois qui sont douteuses au point de vue de la nature tuberculeuse de la lésion (obs. XXIV) ou de la localisation exacte de l'arc postérieur (obs. XX et XXI). Nous reviendrons là-dessus au cours de la discussion.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

« Le mal vertébral postérieur est assez peu commun pour que, pendant une dizaine d'années de pratique dans un hôpital d'enfants, on n'en rencontre qu'un petit nombre de cas, huit à dix environ, alors que le mal antérieur s'observe presque journellement. » Telle est l'opinion de M. Lannelongue. « La tuberculose des arcs postérieurs est très rare chez l'enfant » disent A. Broca et Delanglade. C'est aussi l'opinion de M. Nové-Josserand qui nous dit dans une lettre : « J'ai observé peu de cas de mal de Pott postérieur et encore le diagnostic est-il toujours resté assez douteux pour que je ne puisse pas vous donner ces observations comme étant des exemples certains de cette lésion... pour moi, j'ai l'impression qu'avant quinze ans, cette maladie doit être fort rare. »

Cette impression n'est d'ailleurs pas celle de tous les auteurs. Reclus à la suite de son observation dit : « Il serait facile de multiplier les exemples. Nous avons, par devers nous, trois observations inédites que nous devons à l'obligeance de M. Cadet de Gassicourt et de son interne M. Brous-

sin, où l'on voit que des abcès dorsaux et lombaires ont été grattés avec un excellent et prompt résultat. M. Lannelongue, M. Duplay, M. Labbé pourraient nous fournir des cas semblables. » Ollier dit avoir enlevé des apophyses épineuses des vertèbres lombaires pour tuberculose ou dénudation, et, pour la même cause, abrasé des apophyses transverses. Un de ses internes, Gayet, dit dans sa thèse : « On a alors affaire au mal vertébral postérieur, beaucoup moins rare qu'on ne l'a dit car nous l'avons rencontré assez souvent dans les hôpitaux. » Chipault estime que les interventions dans ces cas sont certainement bien plus souvent pratiquées qu'on ne pourrait le juger d'après le nombre des faits publiés.

C'est aussi notre impression, malgré le petit nombre d'observations publiées. Mais au cours de nos recherches nous avons vu chez presque tous les auteurs des allusions qui permettaient de conclure qu'ils en avaient vu quelques cas. D'un autre côté le nombre relativement considérable de cinq observations inédites, que nous avons pu recueillir en quelques jours, nous semble être un argument de plus en faveur de la phrase de Gayet : « le mal vertébral postérieur est plus fréquent qu'on ne veut bien le dire ».

L'âge influe-t-il sur son apparition ? Sur nos 26 cas, 13 appartiennent à des enfants de trois à quinze ans, les 13 autres à des personnes de vingt à soixante ans. Ce qui établit une proportion de 50 p. 100 pour chaque catégorie.

Les âges limites sont trois et soixante ans. Un léger avantage reste au sexe masculin par 16 contre 14. Enfin chez l'adulte, c'est presque exclusivement chez l'ouvrier que nous le rencontrons. Six fois la tuberculose vertébrale était accompagnée de manifestations tuberculeuses diverses, ostéites multiples, altérations pulmonaires et rénales, qui la précédaient. Dans les autres cas elle paraît être primitive, et cette forte proportion nous fait comprendre la curabilité de cette affection. Le plus souvent l'état général n'était pas touché.

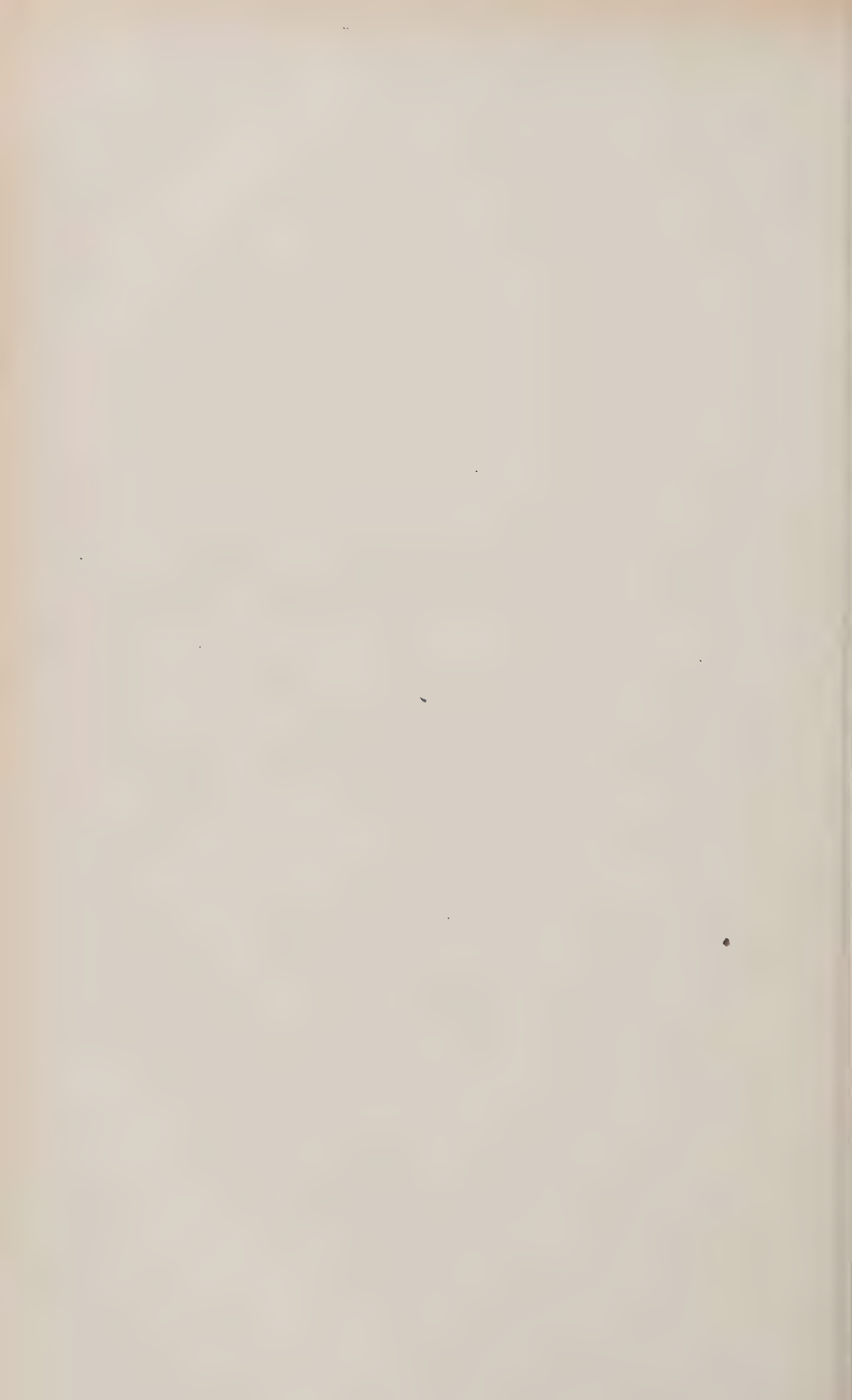
Les auteurs expliquent la rareté du mal postérieur par les différences de volume, de structure et de fonctions qui distin-

guent les arcs postérieurs des vertèbres. « Les apophyses épineuses et transverses, les lames, représentent des parties osseuses assez minces, constituées par une couche de tissu compact revêtant une faible quantité de tissu spongieux, tandis que les masses épaisses des corps vertébraux sont formées à peu près exclusivement par du tissu spongieux » (Lannelongue.)

« Il est de connaissance banale, dit Ménard, que la tuberculose se localise avec une préférence pour ainsi dire exclusive dans le tissu spongieux des os courts et des épiphyses des os longs...

» La loi générale que nous venons d'énoncer, faisait prévoir la fréquence de la tuberculose sur l'arc antérieur, sa rareté au niveau de l'arc postérieur. L'observation confirme la règle.... Les arcs postérieurs sont aussi rarement affectés de tuberculose primitive que la diaphyse des grands os ».

Enfin terminons ces quelques données étiologiques en constatant que quatre fois (Obs. I, VI, XIX, XXVI), l'apparition des accidents a été précédée de traumatisme dans la région dorsale, coïncidant deux fois avec des lésions isolées de l'apophyse épineuse, deux fois avec des lésions étendues à trois arcs voisins.



CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au cours de cette étude nous n'étudierons pas les altérations de l'arc vertébral postérieur des deux premières vertèbres cervicales, l'atlas et l'axis, cet arc ayant ici une morphologie et une physiologie particulière qui ne permettent pas de les considérer comme les homologues de l'arc des autres vertèbres au point de vue anatomique et pathologique surtout.

Nous n'étudierons pas non plus dans ce chapitre les lésions des arcs postérieurs que l'on peut rencontrer au cours du mal de Pott antérieur, le mal de Pott postérieur n'étant dans ce cas qu'un épiphénomène, un accident accessoire dont l'importance disparaît devant la gravité de la lésion principale. D'ailleurs les altérations de l'arc postérieur sont rares au cours du mal de Pott. Lannelongue cite quelques exemples de carie concomitante des deux portions de la vertèbre, V. Ménard, de Berk-sur-Mer, dans son « Traité pratique de mal de Pott », en rapporte un cas remarquable, Obs. VI, « Tuberculose vertébrale à foyers multiples, localisés sur les

corps vertébraux et sur les arcs postérieurs, sans gibbosités ». Il en avait rapporté deux cas dans ses « Notes sur les altérations vertébrales du mal de Pott, Obs. I. Destructions de quatre corps vertébraux, soudure des arcs postérieurs des 2^e, 3^e, 4^e vertèbres dorsales au niveau de leurs apophyses articulaires... « une caverne fongueuse est creusée dans l'épaisseur de l'arc postérieur de la troisième dorsale, une autre caverne plus petite dans l'arc postérieur de la 4^e, du côté gauche », et dans l'obs. III : Mal de Pott cervico-dorsal. Destruction de six corps vertébraux, nous trouvons deux lames creusées de cavernes.

Sur les vingt-six cas que nous rapportons, trois ont été vérifiés à l'autopsie (obs. II, III, XIX), et on a pu ainsi se rendre compte de l'exactitude des lésions. Mais on voit que les autopsies sont rares dans cette affection « c'est du reste dans les opérations chirurgicales qu'on a surtout l'occasion d'étudier ces altérations ». Dans onze cas, cette vérification a pu être faite. Dans onze autres cas, où cette vérification n'a pu être faite, trois cas seulement (obs. V, XX et XXIV) peuvent laisser des doutes sur le siège exact de la lésion, aussi nous ne pourrions nous servir de ces trois dernières pour l'étude de la localisation et nature des lésions. En effet, le corps vertébral peut être malade en arrière; il en était certainement ainsi dans le cas de Dumoulin rapporté par Chipault, où « chez une jeune femme de dix-neuf ans, l'ablation de séquestres dépendant des arcs, douzième dorsale et première lombaire, fut suivie à bref délai de coudure brusque du rachis et de paraplégie complète ». L'autopsie révéla d'ailleurs la présence de tubercules dans de nombreux corps vertébraux, lombaires et dorsaux.

Par ordre décroissant, nous trouvons quinze fois les vertèbres dorsales lésées, huit fois les lombaires, cinq fois les cervicales.

Lannelongue disait : « Un seul au postérieur est ordinairement atteint; quelquefois il y en a deux, rarement davantage », Sur vingt-trois cas, nous trouvons treize fois un arc

seul attaqué et dix fois plusieurs arcs : six fois il y en avait deux, quatre fois il y en avait trois.

« Toutes les parties de l'arc peuvent être prises, et par ordre de fréquence, les apophyses transverses, les apophyses épineuses puis les lames dont la structure est plus compacte ». Trois fois l'arc complet était atteint (obs. II, XVI et XIX). L'apophyse épineuse était atteinte quatorze fois, les lames huit fois et les apophyses transverses et articulaires dix fois. On voit bien que notre proportion décroissante est : apophyses épineuses, apophyses transverses, lames. Chipault rapporte : « Exceptionnellement, plus rarement encore que les lames ou les apophyses articulaires, les apophyses transverses peuvent être seules atteintes par la tuberculose; à l'autopsie d'un enfant de sept ans, nous avons trouvé à la face antérieure de la troisième transverse lombaire droite, un foyer bien restreint gros comme un noyau de cerise, point de départ d'un tout petit abcès osseux méconnu pendant la vie ».

Les lésions rencontrées consistent le plus souvent en simple dénudation, cinq fois on a rencontré un séquestre, dur, irrégulier, à bords découpés. Quelquefois lésions de carie, avec ramollissement considérable du tissu osseux. Enfin, Lannelongue parle de possibilité de périostite, même externe, altération décrite par Gaujot : « On a, en effet, discuté la question de savoir si en pareil cas la lésion avait pris son origine à la surface du périoste ou dans son épaisseur ». Pour Lannelongue aucune de ces hypothèses ne paraît admissible : « Le siège initial des éléments tuberculeux est en général le tissu osseux lui-même et non le périoste ». Nous ne suivrons pas Lannelongue dans ces questions délicates; rien dans les observations relatées ne nous permettant de dire si le point de départ a été interne ou externe. Nous concluerons cependant avec lui, que l'abcès tuberculeux développé au milieu des parties molles, ne s'y développe pas primitivement, mais qu'il est symptomatique d'une lésion osseuse.

L'abcès se retrouve dans la plupart des observations, il

manquait seulement dans les observations de Bouillaud et d'Ollivier (II et III). Ces abcès se développent aux environs des apophyses épineuses quand ils sont dus à des lésions de ces apophyses ; ils peuvent s'éloigner un peu de la ligne médiane, surtout dans la région lombaire, quand ils sont liés à une lésion des lames ou des apophyses transverses. Si on les abandonne à eux-mêmes, ils augmentent de volume, à leur niveau la peau s'ulcère et une fistule intarissable s'établit.

En même temps que ces lésions des arcs postérieurs, il n'est pas rare de trouver des lésions tuberculeuses dans une autre partie du système osseux, soit dans le voisinage de la lésion vertébrale, crête iliaque (obs. XVIII), dernière fausse côte (obs. VII). Enfin, dans deux cas il existait des lésions osseuses nombreuses, dont l'évolution avait précédé celle de la lésion vertébrale (obs. XII et XXV).

« Je ne connais pas d'exemple d'abcès intra-rachidiens ayant son origine exclusivement dans une lésion de l'arc postérieur, dit Lannelongue ; on comprend cependant que le fait puisse se rencontrer. » Dans quatre observations nous avons cependant relevé des complications méningées ou médullaires très nettes. C'est d'abord l'Observation II, de Bouillaud, où la mort est due aussi bien aux complications médullaires qu'aux lésions pulmonaires et rénales. « Le ramollissement de la moelle et la phlegmasie des enveloppes, dit Bouillaud, dans les réflexions qui suivent l'observation, ont été consécutifs à celle des lames et des apophyses épineuses des vertèbres du tissu cellulaire environnant. On n'a observé, pendant la vie, aucune saillie, aucune tumeur dans la région dorsale. Cela s'explique par l'intégrité du corps des vertèbres... La paralysie des membres, du rectum et de la vessie s'expliquent par le ramollissement de la moelle, lequel ramollissement était incontestablement ici de nature inflammatoire. » Dans l'Observation d'Ollivier (III) nous retrouvons les complications médullaires « dans la région lombaire, la dure-mère, qui correspondait aux deux premières vertèbres,

offrait un autre épaississement qui occupait toute la moitié droite de sa circonférence et qui était formé par une dégénérescence ayant la consistance des productions encéphaloïdes. de couleur jaune, d'une texture analogue au tissu fibreux jaune des grosses artères, et développée manifestement dans l'épaisseur même de la dure-mère, qui était d'un rouge foncé dans le voisinage de l'altération. » Au dessous, ramollissements de la moelle. Enfin dans les observations XIV et XV, nous retrouvons des foyers caséux sur la face externe de la dure-mère, pachyméningite externe, ces bourgeons fongueux ont pu être enlevés à la curette. On voit donc que tout comme le mal de Pott antérieur, le mal de Pott postérieur peut amener des abcès et des productions fongueuses intra-rachidiennes cause de pachyméningite et de myélite.

Comme autre complication, excessivement rare si elle existe, et qui a été acceptée par Hugott, citons la spondylolisthesis consécutive à la destruction inflammatoire de l'arc postérieur de la cinquième vertèbre lombaire, dans l'étude du bassin de Prague, il dit : « Le corps de la cinquième vertèbre lombaire a glissé avec la colonne vertébrale dans l'aire du bassin et se soude par sa face antérieure à la surface antérieure du sacrum. On ne trouve que des vertiges de l'arc de la cinquième vertèbre lombaire et point d'apophyse épineuse. Point de trace d'hydroschisis ni de spina bifida. » Ces altérations très marquées de l'arc postérieur se retrouvent dans les bassins de Zurich, de Halle, de Munich et de Paderborn où « l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire est réduite à l'état d'un petit tubercule ; il est évident que de l'arc et des apophyses articulaires, il n'existe plus que des traces rudimentaires, bien que quelques hachures dans l'ombre semblent en faire supposer l'existence. La coupe des os montre par les raréfactions du tissu qu'il y a eu là un processus inflammatoire qui a ruiné leur cohésion. »

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

De l'étude de nos observations il ressort clairement que le symptôme qui apparaît le premier, celui qui attire l'attention du malade, c'est la douleur. Sur 16 cas dans lequel le symptôme initial est signalé, 9 fois nous trouvons la douleur signalée. L'abcès, la constatation d'une tumeur, d'une difformité dans la région vertébrale comme premier symptôme se retrouve six fois. Dans les autres cas, nous n'avons pu retrouver quel était le symptôme initial, faute de détail dans l'observation. Mais déjà ces chiffres nous suffisent pour pouvoir déclarer que, si le plus souvent la douleur attire l'attention, assez souvent encore, c'est l'apparition de l'abcès qui surprend le malade. Et cette constatation nous permet de supposer déjà que dans le mal de Pott postérieur, la douleur ne se rencontre pas forcément au cours de l'évolution de la maladie, et qu'en tous cas elle n'a pas ici l'importance qu'elle prend dans le mal antérieur.

La douleur spontanée, quand elle existe, peut être très vive et présenter des irradiations dans les épaules et les bras pour

la région dorsale, comme Bouillaud le signale dans son observation, mais c'est là l'exception, le plus souvent la douleur spontanée est localisée sans irradiations. Le plus souvent c'est une douleur légère. Son apparition semble être insidieuse; nous ne retrouvons qu'une fois le début brusque, aigu des accidents, c'est dans le cas de Lefèvre, et dans ce cas particulier, ce début peut faire penser à des accidents d'ostéomyélite vertébrale aiguë. Seule l'évolution consécutive de l'affection, soignée par les médecins qui l'ont vue alors, par la révulsion et l'huile de foie de morue, la constatation du trajet à parois épaissies, fongueuses, et l'aspect du séquestre font penser à la nature tuberculeuse probable de l'affection.

Quoiqu'il en soit, presque toujours, sinon toujours, le début est lent, insidieux, et l'affection se révèle alors par la douleur ou l'abcès. Une fois l'affection nettement déclarée, nous retrouvons la douleur spontanée non obligatoire, la douleur provoquée est beaucoup plus fréquente, nous pouvons même dire constante. La seule exception est encore fournie par l'observation XXIV, où la pression sur les apophyses épineuses est indolore. Cette douleur provoquée peut être assez étendue, le plus souvent elle est localisée au niveau des apophyses épineuses, quand ces dernières sont lésées, quelquefois, rarement au niveau des apophyses transverses seules. La flexion peut la faire naître. (Obs. XI).

La douleur amène rarement une immobilisation de la région, l'impotence fonctionnelle est rare. Cependant dans la région cervicale elle a plus de tendance à apparaître. Nous reviendrons sur l'importance de cette absence de raideur au moment de l'étude du diagnostic.

La gibbosité, symptomatique de l'affaissement vertébral, manque naturellement dans presque tous nos cas, et le signalement même d'une apparence de gibbosité, comme dans les cas de Jaeger et Reed, nous ont fait réserver notre impression sur la précision de leur diagnostic; dans ce cas

on doit se demander si la lésion est bien limitée aux arcs postérieurs.

Quant à l'abcès, on le retrouve presque toujours, sinon dès le début, mais dans le cours de l'affection ; il manque seulement dans les cas de Bouillaud et Ollivier, où la marche rapide des accidents médullaires ne lui ont pas laissé le temps de se développer. On peut dire qu'en règle générale, l'apparition de l'abcès est fatale, dans le cours du mal vertébral postérieur. D'ailleurs, ces abcès apparaissent presque toujours très près de la lésion osseuse, dont ils sont symptomatiques, et nous n'avons pas retrouvé les abcès dont parle Lannelongue, qui au dos « ont plus de tendance à se développer du côté de la plèvre, et à suivre une même marche que ceux qui sont liés à une altération des corps vertébraux ». Même divergence au sujet des abcès d'origine lombaire, dont « le développement, dit-il, est plus facile du côté de la cavité abdominale, vers le carré des lombes et le psoas, où leur marche ne diffère en rien de celle qui est propre aux abcès du mal de Pott, lombaire antérieur ». Notons cependant avec lui, que ces abcès peuvent ne pas avoir de rapport apparent au squelette lésé, et Lannelongue l'explique ainsi : « L'abcès peut, en effet, avoir été isolé du point osseux qui lui a donné naissance ; l'ostéite a évolué vers la guérison, et il ne persiste de l'affection primitive que l'émanation dans les parties molles, qui constitue l'abcès froid. » Le plus souvent, ils sont adhérents profondément.

Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès aboutissent à la fistule spontanée que nous retrouvons dans cinq cas. Au niveau de l'abcès augmentant de volume, la peau s'amincit, prend une teinte violacée, en même temps qu'elle devient adhérente, puis elle s'ouvre laissant passer un pus verdâtre, grumeleux, quelquefois un liquide séro-purulent ou même un liquide de consistance huileuse.

D'ailleurs, la fistulisation n'est pas toujours spontanée, elle suit souvent une intervention incomplète telle que ponction suivie ou non d'injection modificatrice, mais dans ce cas elle

guérit assez rapidement, tandis qu'elle est interminable lorsque, spontanée, elle est livrée à elle même.

Lannelongue ne connaissait pas d'accidents médullaires consécutifs au mal vertébral postérieur. Cependant, bien avant lui, Bouillaud et Ollivier en avaient publié chacun un cas (Obs. II et III). Dans ces deux cas, où il y eut pendant longtemps des signes de compression médullaire (paraplégie spasmodique, avec troubles des sphincters, douleurs violentes dans le cas de Bouillaud; paralysie des quatre membres dans celui d'Ollivier), les malades sont morts avec des lésions de myélite aiguë finale. Chez la malade de Buffet, il y a eu une paraplégie légère, qui a retrecédé; nous retrouvons la paraplégie dans le cas de Roberts, de la pachyméningite dans l'observation XV (Chipault), enfin des phénomènes de compression dans un autre cas de Chipault (Obs. XIV), qui empruntent au siège particulier de la lésion (pachyméningite consécutive à l'ostéite de l'arc postérieur de la première dorsale) une physionomie un peu spéciale, que les travaux de Brühl et de M^{me} Déjérine-Klumpke, nous permettent facilement d'interpréter; nous voulons parler des phénomènes oculaires, retropulsion de l'œil et ptosis, par action indirecte, sur le troisième ganglion sympathique cervical. Ces phénomènes disparurent d'ailleurs après l'opération.

Ainsi donc, tout comme le mal de Pott antérieur, le mal vertébral postérieur peut amener des complications médullaires dont la physionomie diffère suivant le siège de la lésion: paraplégie avec troubles des sphincters pour la région lombaire et dorsale inférieure; paraplégie et symptômes oculaires quand la lésion siège au niveau de la région dorsale supérieure ou cervicale inférieure; paralysie des quatre membres si l'affection intéresse la région cervicale supérieure. Ces symptômes peuvent d'ailleurs être peu marqués ou bien très accentués. C'est un total de six cas qui fournit l'examen des cas avec complications médullaires, causées soit par la pachyméningite externe dont l'influence dans

la production de la compression médullaire au cours du mal de Pott, a été mise en lumière par Charcot et son élève Michaud.

Enfin, après Herrgott, nous pouvons citer comme complication extrêmement rare de la destruction inflammatoire de l'arc postérieur de la cinquième vertèbre lombaire, la déformation du bassin connue depuis Willian, sous le nom de spondylolisthesis. Nous avons déjà étudié cette question dans le chapitre de l'anatomie pathologique.

En somme, si après l'étude de la symptomatologie du mal vertébral postérieur, nous la comparons à celle du mal de Pott antérieur, nous voyons que si dans ce dernier, la douleur, l'impotence fonctionnelle, la gibbosité et la paraplégie tiennent une place prépondérante, dans le mal de Pott postérieur, ces symptômes sont beaucoup moins fréquents. Ici, l'impotence fonctionnelle est nulle, la gibbosité n'existe pas, la douleur est un symptôme inconstant, la paraplégie peut exister, mais est rare. Autre différence essentielle : dans le mal du Pott antérieur l'abcès manque quelquefois, ou bien peut ne pas se manifester à l'extérieur, dans le mal de Pott postérieur au contraire, l'abcès est souvent le premier symptôme, on peut même dire qu'il n'est jamais absent de l'histoire clinique. Ces différences qui contribuent à donner au mal de Pott postérieur une physionomie spéciale, s'accroissent encore lorsqu'on constate l'évolution si différente des affections : la guérison du mal de Pott postérieur est fréquente. Sur nos 26 cas, 13 cas ont été suivis de guérison ; dans 8 cas, il y avait une amélioration très notable au moment où l'observation a été publiée ; dans 1 cas, l'état restait stationnaire ; dans 3 cas cependant, la mort s'en est suivie ; 2 cas datent de la période préparatoire et sont morts sans traitement (Bouillaud, Ollivier), dans le troisième, la malade est morte pendant l'opération de choc et d'hémorragie.

La durée de l'affection est cependant assez longue comme celle des autres affections tuberculeuses, mais elle n'est rien à côté de celle du mal de Pott, et la guérison obtenue ne

laisse pas à la suite de déformation rachidienne ou thoracique, des troubles circulatoires ou des troubles nerveux.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

De l'étude des cas de mal de Pott postérieur, de la constatation de sa bénignité relative par rapport à la gravité du mal de Pott antérieur, il découle le précepte suivant : Etant donné la constatation d'une tuberculose vertébrale, nous devons savoir si le corps vertébral est touché ou si nous avons affaire à une lésion de l'arc postérieur. Celle-ci étant constatée, nous devons rechercher si elle est limitée à l'arc postérieur. Celle-ci étant constatée, nous devons rechercher si elle est limitée à l'arc postérieur. De la précision de notre diagnostic, découlera le pronostic et la mise en œuvre du traitement curatif.

Nous avons déjà vu que les différences symptomatiques entre les deux variétés de mal vertébral, antérieur et postérieur, étaient assez tranchées. C'est en nous basant sur elles que nous pouvons faire le diagnostic de variété de la lésion. L'apparition dans la région dorsale, à la suite d'un traumatisme, ou spontanément, d'un abcès froid, précédé ou non de douleur spontanée dans un point limité et voisin de la

colonne vertébrale, la constatation d'un point douloureux à la pression, au voisinage de l'abcès, sur une apophyse épineuse ou une apophyse transverse, devront nous faire penser à un mal de Pott postérieur. Ce diagnostic ne sera certain que si nous pouvons éliminer le mal de Pott antérieur.

Celui-ci, dans la plupart des cas, a une allure symptomatique caractéristique. En premier lieu, douleur, spontanée et provoquée, dans la colonne vertébrale, s'accompagnant d'une raideur de la colonne vertébrale, décélable par les divers moyens cliniques, apparition de la gibbosité, d'abcès par congestion en des points éloignés de la colonne vertébrale et de symptômes assez fréquents de compression médullaire. Si la douleur spontanée et provoquée existe dans le mal postérieur, elle ne revêt pas les caractères d'intensité, de distribution radiculaire que l'on trouve dans le premier cas, de plus, elle ne s'accompagne pas d'immobilisation de la colonne vertébrale, elle ne s'accompagne pas de gibbosité. L'abcès est un symptôme constant dans le mal postérieur, mais il est peu volumineux, il apparaît dans le voisinage de la ligne épineuse. Sans doute, un abcès consécutif à un mal de Pott antérieur, peut apparaître au voisinage de la colonne vertébrale en arrière, comme dans le cas que cite Guyot dans sa thèse, page 39, où chez une petite fille existait un « abcès de la gouttière vertébrale, au niveau même des vertèbres incriminées » ; mais dans ce cas comme dans la plupart des cas semblables, d'autres symptômes permettaient d'éviter l'erreur, ici, c'était une légère déviation anguleuse des quatrième et cinquième dorsales, coïncidant avec une raideur de la colonne vertébrale. Enfin, ajoutons, que, même la présence de phénomènes de compression médullaires, ne doivent pas, en l'absence de symptômes plus positifs, nous faire renoncer au diagnostic de mal vertébral postérieur.

Donnezan, dans sa thèse sur le mal de Pott à forme scoliotique, insiste sur un signe dont Phocas a voulu démontrer la valeur diagnostique, il s'agit d'une « douleur provoquée par la pression sur l'apophyse transverse, en dehors, par

conséquent, de la ligne médiane. La saillie plus ou moins appréciable de cette apophyse, dénote un mouvement de rotation de la vertèbre, et la pression y réveille une douleur exquise et localisée. Le Docteur Phocas ajoute que, dans deux cas observés par lui, cette douleur provoquée par la pression et localisée en ce point, coïncidant avec une parfaite indolence de toutes les apophyses épineuses ». Donnezan cite à l'appui de cette opinion trois observations (X, XII, XIX, de sa thèse), où entre autres existe ce signe. Mais, dans ces trois observations, il n'a pas fait mention de symptômes plus nets de mal de Pott antérieur, pas de gibbosité, pas d'immobilisation de la colonne vertébrale. Si nous nous rappelons que l'ostéite localisée à l'apophyse transverse, s'accompagne de cette même douleur exquise et localisée, nous devons nous demander si, dans ces trois cas, on n'avait pas affaire à une ostéite n'intéressant pas le corps de la vertèbre, mais, seulement, l'apophyse transverse, et nous avons à nous demander si le signe de Phocas est caractéristique du mal de Pott antérieur.

Nous n'insisterons pas sur les autres procédés d'investigation qui pourraient être mis en œuvre pour le diagnostic du mal de Pott antérieur dans les cas douteux : étude de la transmission des vibrations osseuses et épreuve du lit (Donnezan), ou même la radiographie. Celle-ci, si nous en croyons Ménard, n'a pas, dans ces cas, donné ce qu'elle promettait. Il est vrai que les opinions diffèrent et Kirmisson fit un rapport très favorable au Congrès de 1901. En tous cas, pour ce qui nous intéresse, nous croyons qu'elle sera toujours utile, quand elle sera positive, pour le diagnostic du mal de Pott antérieur, surtout chez l'enfant, où les parois abdominales et les organes sont moins opaques que chez l'adulte (Ménard). Dans un seul de nos cas, elle a été employée (Obs. XXIV) pour une lésion cervicale, et si elle a été négative au point de vue lésion vertébrale, elle a permis de déceler un séquestre.

Enfin, le mal de Pott, antérieur, étant éliminé, devons nous

conclure fatalement à ostéite tuberculeuse de l'arc postérieur? Nous devons d'abord éliminer les conditions plus ou moins anormales, mais non pathologiques telles que : *saillie plus ou moins exagérée d'une apophyse*, qui peut même se compliquer de bourse séreuse (Chipault), et aussi : *irrégularité de la série des apophyses*. Ces anomalies ne s'accompagnent pas de signes inflammatoires.

Enfin, Chipault parle encore de « conditions pathologiques légères telles que : hypertrophie apophysaire localisée, liée à un trouble d'évolution du squelette causé par une maladie générale; topoalgies vertébrales des neurasthéniques (clou vertébral), enfin manifestations vertébrales d'hystérie. Signalons aussi une anomalie physiologique : sensibilité plus grande surtout au niveau de la sixième cervicale et troisième lombaire (Chipault).

C'est surtout avec le pseudo-mal de Pott syphilitique étudié par Feltgen, que nous devons le différencier. Une *exostose simple* peut simuler une lésion tuberculeuse, mais dans ce dernier cas, l'apparition rapide de fongosités ne tarderait pas à lever les doutes. « Un *pseudo-mal de Pott postérieur à forme gommeuse*, intéressant une ou plusieurs vertèbres » peut donner le change, mais ici pas d'abcès, l'âge du malade qui est un adulte, les antécédents syphilitiques, le siège cervical, feront lever les doutes (Feltgen).

Piorry rapporte le cas (Moniteur des Hôpitaux 1853) « d'une périostose ou d'une exostose de l'apophyse transverse gauche de la troisième vertèbre lombaire, comprimant le nerf lombaire correspondant... En un mois, sous l'influence du traitement, l'apophyse transverse malade reprit ses dimensions normales. » Le traitement spécifique pourra donc être employé dans les cas douteux.

Nous ne ferons que citer l'*actynomycose*, affection très rare à ce niveau, toujours secondaire à une localisation cervicale ou thoracique, (Feltgen).

Enfin l'*ostéomyélite* se reconnaîtra à son évolution rapide,

à son début aigu accompagné de fièvre et donnant immédiatement une collection purulente.

Ce n'est que dans le cas de diagnostic précis que nous pourrions porter un pronostic ferme.

Celui-ci est très favorable. Si le mal de Pott antérieur guérit difficilement et dans un temps très long, le mal de Pott postérieur représente une forme excessivement curable du mal vertébral, il semble guérir aussi facilement que les autres tuberculoses locales osseuses. Notre statistique de 13 cas de guérison complète et de 8 améliorations rapides sur 26 cas est probante à ce sujet.

Cette guérison s'est même produite chez deux sujets présentant d'autres localisations tuberculeuses. Le peu de fréquence des complications nerveuses médullaires contribue aussi à rendre le pronostic beaucoup moins sombre que dans le mal antérieur.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Depuis 1878, tous les chirurgiens qui se sont trouvés en présence d'un mal vertébral postérieur, en ont reconnu la parfaite curabilité chirurgicale. Si la lésion osseuse et l'abcès sont abandonnés à eux-mêmes, la guérison devient problématique et ne se fera qu'après la mise en œuvre longtemps prolongée de traitements médicaux ou orthopédiques. Comme dans toute tuberculose locale, il sera indiqué de traiter l'état général, et l'on voit que dans nombre de nos cas, la guérison même chirurgicale, a été aidée par l'administration du sirop iodo-tannique, d'huile de foie de morue. Quant à l'immobilisation, avec ou sans corset qui a été employée quelquefois elle semble pouvoir donner d'assez bons résultats. Mais les inconvénients et la durée d'un tel traitement ne peuvent être mis en regard des avantages que présente le traitement chirurgical, dans les cas confirmés. « Si le doute existe, toutes les probabilités sont pour le mal de Pott antérieur, et le traitement ne peut faire l'objet d'aucune hésitation » (Piéchaud).

« Au début, dit Lannelongue, avant l'apparition des abcès et de tout empâtement appréciable, le diagnostic, bien que probable, est cependant trop incertain pour qu'on soit autorisé à intervenir chirurgicalement; la lésion d'ailleurs peut être très minime et évoluer vers la guérison sans abcès ». Il faut bien se souvenir cependant que l'abcès apparaît avec une grande facilité, changeant ainsi les indications thérapeutiques.

« Les trois faits de guérison qui je viens de mentionner, se rapportent à des cas dans lesquels la lésion osseuse et l'abcès par congestion existaient à la partie postérieure du rachis, c'est-à-dire dans des points où il est relativement facile d'atteindre la source du mal et de le guérir. Mais si le mal siège à la partie antérieure de la colonne vertébrale, si l'abcès par congestion a fusé le long du corps des vertèbres, de manière à venir se montrer soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de la cuisse, le pronostic est bien plus grave et la guérison fort rare. Le traitement chirurgical n'a qu'un rôle secondaire dans ces cas : l'orthopédie, l'hygiène, la réparation naturelle font tout ou presque tout.... Lorsque l'abcès par congestion siège dans la région dorsale et prend sa source dans une lésion de la partie postérieure des vertèbres, il est indiqué de l'ouvrir largement et de bonne heure, puis remontant à la source du mal, de réséquer, de ruginer à ciel ouvert les parties cariées ». Bouvier, Perrochaud, Cazin, le docteur Pierre, de Berck-sur-Mer, portent un mauvais pronostic dans l'ouverture de l'abcès du mal de Pott antérieur ; avec eux Ménard déclare « que lorsque l'infection suppurative secondaire est établie dans le trajet de l'abcès et jusque dans le foyer vertébral, la situation du malade doit être considérée comme grave ». Calot va plus loin, il professe « qu'une coxalgie ou un mal de Pott fistuleux ne guérissent jamais ». Le docteur Pierre a renoncé « à peu près complètement aux injections modificatrices. J'en ai fait longtemps, comme tout le monde; j'ai employé les liquides communément usités : éther iodoformé, eau oxygénée,

naphtol camphré, sans résultat bien positif. Je crois qu'elles font souvent plus de mal que de bien ».

Dans le mal postérieur au contraire, le doute n'est pas permis, car ici non seulement nous pouvons attaquer l'abcès, mais aussi la lésion osseuse qui en est la cause. La plupart du temps, nous pouvons espérer l'enlever complètement.

Il ne nous semble pas ici que la ponction suivie d'injection modificatrice, éther iodoformé principalement, ait ici donné de résultats bien durables. Dans l'observation V (Polaillon), l'injection d'eau phéniquée a dû être faite à trois reprises, la guérison obtenue n'a été qu'apparente, puisque la récurrence prompte a nécessité le traitement chirurgical. Celui-ci a dû être mis en œuvre aussi dans le cas de Guyot (Obs. XXII), après une injection modificatrice, qui comme dans le cas de Princeteau (XXIII), aboutit souvent à la fistulisation de l'abcès. Dans ce dernier cas cependant, la guérison semble avoir été définitive.

L'hésitation ne semble pas devoir être permise. Pour Reclus, voici la marche à suivre : « l'abcès a pour origine une apophyse épineuse, l'arc d'une vertèbre; la collection est venue, par un trajet direct proéminer au niveau même de la lésion, soit au dos, soit aux lombes. La conduite du chirurgien est facile; il pénètre, par une large incision dans la cavité qu'il gratte; il cherche la traînée qui le conduira jusqu'au foyer osseux. Après avoir enlevé le sequestre, la portion cariée, s'il en existe, il place un tube, suture les téguments, ou même se contente d'appliquer par une compression méthodique, — et l'éponge convient fort bien dans ces cas — les parois cruentées l'une contre l'autre. En un mot, on agit comme on le ferait pour un abcès dépendant des os, des membres, de l'omoplate, des côtes ». C'est bien là la conduite à tenir.

Mais il nous semble que l'intervention doit être plus large encore, comme dans les observations de Boeckel (VIII), Chipault (XIV, XV), Guyot (XXII), Rabère (XXVI), l'extirpation des paroi de l'abcès doit être un des premiers temps de l'opé-

ration. Elle facilitera la réunion qui pourra ainsi se faire per priman. Puis vient l'ablation de toutes les parties osseuses malades. Le grattage seul, la cautérisation au thermo-cautère, cautérisation au chlorure de zinc, semblent être insuffisants. Il faudra faire la résection aussi large que possible, dépassant les limites du mal. Sur les 26 cas, la résection osseuse, rugination ou extraction de séquestre a été faite 14 fois, 4 fois une épine seule a été réséquée, 4 fois deux épines, 5 fois la résection de l'épine a été suivie de celle des lames. Cette dernière opération, la laminectomie est aussi indiquée lorsqu'il y a des signes de compression nerveuse, elle permettra comme dans les cas de Chipault (XIV, XV) d'enlever les bourgeons fongueux sur la face externe de la dure-mère. Plusieurs fois l'apophyse transverse a été grattée, deux fois seulement elle a été réséquée seule. La cautérisation au chlorure de zinc suit dans la plupart des interventions.

Faut-il laisser ouvert en bourrant la plaie avec la gaze simple ou iodoformée? Faut-il au contraire fermer après avoir drainé? Il semble que c'est cette dernière indication que l'on doit suivre, surtout lorsque la poche de l'abcès a été extirpée et la lésion osseuse supprimée en totalité. Très souvent la réunion se fera ainsi per priman. C'est elle qu'on doit rechercher et pour cela éviter d'ouvrir la collection au thermo-cautère, comme le préconise Polaillon.

Après l'intervention la guérison est plus ou moins rapide. Sur 21 interventions chirurgicales, nous trouvons 12 guérisons définitives et 6 améliorations nettes. Une fois l'intervention n'amène pas d'amélioration (cas douteux de Reed), 2 fois elle est suivie de mort rapide (Chipault, obs. V) opéré très tard, Roberts (obs. XIX), mort d'hémorragie pendant l'opération et de choc.

La cicatrisation a été obtenue dans les temps minima de 8 jours (obs. IV), 10 jours (obs. VIII), 13 jours (obs. XV), 14 jours (obs. XI). Le plus souvent elle a été assez longue à se produire : six mois (obs. VII et XIV) constituent le temps le plus long.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Rapportée par OLLIVIER, dans le *Dictionnaire de Médecine*).

Plater cite l'observation d'un boucher qui, après avoir longtemps souffert dans la région dorsale à la suite d'une chute et être arrivé à un degré assez avancé de marasme, vit se développer dans la partie malade un abcès d'où sortit une apophyse cariée. Une guérison durable succéda à ce travail éliminatoire.

(Obs. lib. II, p. 544 ; Bâle, 1614).

OBSERVATION II

(J. BOUILLAUD, *Journal hebdomadaire de Médecine*, Paris, 1828, p. 227).

N..., portier de l'Ecole Polytechnique, âgé d'environ cinquante ans, triste et mélancolique depuis la mort de sa femme, était malade depuis

quelques mois lorsqu'il fut admis dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité (service de M. Rullier), au commencement du mois de juin.

Cet homme *se rendit à pied* à l'hôpital. On ne lui trouva d'abord aucune maladie bien caractérisée, si ce n'est une douleur entre les épaules. On se proposait même de le renvoyer, lorsque tout-à-coup les membres inférieurs, ainsi que la région rachidienne, deviennent excessivement douloureux. Ces mêmes membres sont bientôt frappés d'une paralysie complète des mouvements ; l'urine et les matières fécales ne peuvent plus être rendues ; la respiration elle-même devient laborieuse, et le malade succombe huit jours après son entrée.

Les symptômes indiqués ne permettaient pas de méconnaître l'existence d'une affection de la moelle épinière ; mais l'observation eut été trop incomplète, si l'on n'eût recueilli des renseignements sur l'état antérieur de notre malade. Voici ceux que m'a communiqués M. Gaultier de Claubry, qui l'avait soigné pendant le temps qu'il avait passé à l'infirmerie de l'Ecole Polytechnique.

N..., se plaignait depuis longtemps de douleurs dans la région dorsale. (Il les regardait comme rhumatismales). Il y a environ six mois, ces douleurs augmentèrent beaucoup de violence, en même temps, il survint *un engourdissement des membres inférieurs et une constipation opiniâtre*. Huit jours avant de se rendre à l'hôpital, N... pouvait difficilement se tenir debout et marcher. Il lui arrivait souvent de tomber quand il ne s'appuyait pas sur les meubles environnants ; les membres inférieurs, notablement amaigris, tremblaient pour ainsi dire sous lui. Une douleur sourde existait dans la partie supérieure de la région dorsale, surtout à droite de la ligne formée par les apophyses épineuses. On n'apercevait dans cette région ni tumeur, ni saillie, ni déviation. La douleur augmentait par la pression ; elle était aussi plus vive pendant la nuit. Elle rayonnait en haut, entre les épaules et dans les bras ; en bas, dans le bassin et dans les membres inférieurs, lesquels, pendant les exacerbations, étaient agités de quelques secousses convulsives, ou bien *contracturés*. Durant ces exacerbations, le poulx était petit et serré. Elles étaient suivies de sueurs très abondantes. Le malade se plaignait d'une difficulté de rendre les urines et les matières fécales ; lorsqu'il était couché sur le dos, on sentait, en palpant l'abdomen, une tumeur oblongue dans le côté droit de cette cavité. M. Gaultier de Clau-

bry soupçonna un ramollissement de la moelle, et comme la tumeur abdominale lui avait semblé *obscurément pulsatile*, il pensa que ce pourrait être une tumeur anévrysmale.

Autopsie cadavérique faite vingt-quatre heures après la mort. — *Colonne rachidienne.* — On ne remarque aucune déviation, aucune saillie des apophyses épineuses. En incisant les muscles du dos, on rencontre dans le tissu cellulaire une matière purulente, grumeleuse comme tuberculeuse. Les *apophyses* et les *lames* de deux ou trois vertèbres du tiers supérieur de la portion dorsale du rachis sont cariées, désorganisées et environnées d'une masse friable, qui ne paraît être autre chose que du pus plus ou moins concret.

Dans le point correspondant, la moelle épinière est comme fluctuante. Après avoir incisé les membranes qui l'enveloppent, on reconnaît un ramollissement de la portion seule de la moelle correspondante à la carie ; dans cet endroit, on dirait que la substance médullaire est délayée avec du pus. Au-dessus et au-dessous de ce ramollissement, dans l'étendue d'environ un demi-pied dans chaque sens, existent une rougeur et une congestion sanguine manifestement inflammatoires. Les méninges également enflammées, offrent en arrière une teinte verdâtre ; en avant, on trouve à la surface de l'arachnoïde une couche de pus également verdâtre. Le *corps des vertèbres n'est nullement carié* ; les cartilages intervertébraux sont *secs*, altérés.

Les méninges cérébrales sont rouges, injectées, épaissies. A la convexité du cerveau, et dans les deux tiers postérieurs de cet organe, une légère teinte verdâtre se mêle à la rougeur indiquée ; la même teinte se remarque sur la substance grise du cerveau.

On trouve des adhérences nombreuses et anciennes dans la cavité des plèvres. Il existe quelques dépôts de matière grumeleuse dans le parenchyme des poumons. Au-dessus de la plèvre qui revêt la partie postérieure de la poitrine, on rencontre une quantité assez considérable de pus, *que l'on avait cru d'abord, mais à tort, provenir d'une carie du corps des vertèbres.*

Le ventricule gauche du cœur est le siège d'une hypertrophie, avec léger rétrécissement de sa cavité.

Le rein droit, plus que doublé de volume, est transformé en une vaste poche remplie d'une matière analogue à celle qui a été trouvée dans le

tissu cellulaire du dos. C'est une espèce d'excavation tapissée par une fausse membrane mal organisée et semblable à celle des cavernes tuberculeuses des poumons des phthisiques. Il ne reste qu'une très petite quantité de la substance du rein. Le rein gauche, plus volumineux que dans l'état normal, hypertrophié, offre à sa surface des points blancs ; en les pressant, il s'en échappe un liquide qui n'est autre chose que du véritable pus. On trouve en même temps quelques petits kystes remplis d'un liquide transparent. D'ailleurs la substance rénale n'est pas altérée.

OBSERVATION III

Recueillie à Bicêtre dans les salles de M. Murat.)

(OLLIVIER, 1837, *Maladies de la moelle épinière*, T. 1, p. 388.)

Nicolas-Antoine P..., âgé de soixante ans, doreur, rachitique, haut de quatre pieds environ, n'avait jamais pu marcher sans béquilles, à cause de la courbure latérale très grande que présentaient ses deux cuisses, ainsi que ses jambes et ses pieds, qui étaient contournés dans le sens opposé. Cette infirmité naturelle et son âge avancé lui firent obtenir une place à l'hospice de Bicêtre, et il entra momentanément à l'hôpital de la Pitié en 1820. Là, il fut exposé à un air froid et humide, pendant plusieurs mois, dans la salle où il couchait, et vers cette époque il ressentit une douleur profonde et continuelle vers la partie moyenne et postérieure de la tête et le long du cou. Cette douleur augmente graduellement ; elle devenait très aiguë quand le malade voulait boire ou manger ; insensiblement les mouvements de la tête devinrent difficiles ; il éprouvait, disait-il, un craquement dans le cou. Cet état persista pendant six mois environ ; il fut transporté alors à Bicêtre. Sa situation était toujours la même ; seulement il ressentait quelquefois une douleur plus vive vers le haut du cou, et en même temps une plus grande difficulté d'avaler.

Au commencement de 1821, il s'aperçut qu'il existait une tumeur saillante près de la nuque, et que sa tête se penchait peu à peu en avant.

On se borna à l'application d'un simple vésicatoire sur la partie postérieure du cou, l'état général du malade faisant présumer qu'un moyen plus énergique eût été sans effet. Telle était sa position quand je l'examinai.

Tout le cou était engourdi ; il éprouvait un soulagement momentané lorsqu'on pressait, avec la main, la tumeur qui y faisait saillie. La peau de la partie supérieure de la poitrine jusqu'au niveau de la troisième côte sternale environ, celle des membres supérieurs et des membres inférieurs, ainsi que celle du tronc jusqu'à la hauteur de l'épigastre circulairement était le siège d'un engourdissement continu, accompagné de démangeaisons excessivement vives que le malade ne pouvait calmer. Il y avait aussi tout autour de la poitrine une étendue de six pouces de largeur environ (depuis la troisième côte sternale jusqu'à la septième inclusivement), où la peau avait conservé sa sensibilité naturelle. L'évacuation de l'urine et des matières fécales avait lieu volontairement ; nulle lésion des fonctions digestives. Dans le mois de septembre 1822, les membres supérieurs perdirent de leur force, le malade avait plus de peine à les mouvoir, et ne pouvait rien serrer fortement entre ses doigts ; un affaiblissement analogue existait dans les membres inférieurs : la respiration était gênée, mais modérément. Insensiblement la paralysie devint complète dans ces diverses parties ; toutefois, la sensibilité de la peau du tronc resta à peu près toujours intacte dans l'étendue que j'ai indiquée plus haut. Des escarres gangréneuses se formèrent au sacrum et au trochanter du côté gauche ; une suppuration abondante fut bientôt la suite des décollements énormes qui suivirent leur chute, le malade s'affaiblit et mourut le 31 décembre à quatre heures du soir.

Ouverture du cadavre quarante-huit heures après. Etat extérieur.

— Flaccidité très grande des membres, larges ulcérations au sacrum et au trochanter gauche, qui étaient dénudés et comme usés ; l'inflammation avait détruit le tissu cellulaire placé entre les muscles fessiers et les avait en quelque sorte disséqués. On voyait une tumeur saillante un peu au-dessus de la région cervicale.

Tête. — La substance du cerveau était assez ferme, sans injection notable ; les couches grise et blanche étaient bien tranchées. Il y avait une demi-once environ de sérosité trouble dans le ventricule droit ; du reste aucune altération.

Rachis. — Courbure latérale, dont la convexité était tournée à droite, dans la région lombaire ; gonflement des masses apophysaires et des lames de la deuxième vertèbre cervicale, dont la saillie était aussi prononcée du côté du canal vertébral qu'extérieurement. Ramollissement des lames des deux premières vertèbres lombaires, dont les cartilages articulaires étaient détruits en partie ; une once environ de sérosité limpide dans la cavité des méninges rachidiennes. Dans le point correspondant au gonflement de la deuxième vertèbre, la dure-mère était épaissie du côté du corps des vertèbres dans l'étendue d'un pouce de largeur et de deux pouces de longueur, et sa surface extérieure présentait dans cet endroit des rugosités osseuses ; son tissu n'offrait d'ailleurs aucune autre altération sensible. Dans la région lombaire, la dure-mère, qui correspondait aux deux premières vertèbres, offrait un autre épaississement qui occupait toute la moitié droite de sa circonférence, et qui était formé par une dégénérescence ayant la consistance des productions encéphaloïdes, de couleur jaune, d'une texture analogue au tissu fibreux jaune des grosses artères, et développée manifestement dans l'épaisseur même de la dure-mère, qui était d'un rouge foncé dans le voisinage de l'altération. L'arachnoïde, confondue avec elle dans quelques points, s'en séparait dans d'autres avec facilité. La pie-mère était de même très rouge, et adhérait intimement avec la partie altérée. Antérieurement et au-dessous des corps olivaires, cette membrane avait une teinte d'un gris sale ; les vaisseaux qui rampent à sa surface dans toute son étendue étaient très gorgés de sang ; vis-à-vis des lames gonflées de la deuxième vertèbre, on voyait sur la moelle épinière une dépression demi-circulaire, de cinq lignes de longueur environ, large d'une ligne à son milieu, et diminuant insensiblement de largeur sur les côtés. Sa profondeur pouvait être d'une demi-ligne ; la couleur de la pie-mère dans cette dépression avait une teinte violacée ; la substance médullaire sous-jacente était plus molle, mais sans aucune désorganisation, dans l'étendue d'un demi-pouce de largeur circulairement, surtout postérieurement. Toute la portion de moelle épinière supérieure à ce ramollissement était très consistante, de même que celle qui lui était inférieure. Au niveau de la sixième vertèbre cervicale environ, les substances médullaires blanche et grise offraient un ramollissement analogue au premier, qui s'étendait jusqu'à la deuxième dorsale. La moelle reprenait au-dessous sa consis-

tance naturelle, et l'on trouvait, depuis la septième vertèbre dorsale jusqu'au renflement lombaire, un troisième ramollissement qui allait en augmentant graduellement, de sorte que ce renflement était réduit en une substance pultacée semi-fluide, avec destruction complète des parties blanche et grise de la moelle.

La moitié droite du renflement, qui est séparée de la gauche par la demi-cloison que forme la pie-mère en pénétrant dans le sillon médian antérieur, était la plus altérée ; elle était entièrement fluide et semblable au pus liquide qui s'écoule des abcès par congestion. Les nerfs qui correspondaient aux divers points altérés de la moelle épinière ne m'ont pas semblé diminués ou augmentés de volume.

Tous les organes du thorax et de l'abdomen étaient sains.

OBSERVATION IV

(LANNELONGUE. Note sur les osteites apaphysaires, *in* Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1878, p. 162).

Tuberculose de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale ; séquestre, extraction, guérison.

Cyprien-Dauphin G..., âgé de onze ans, entre le 2 octobre 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 12, pour un trajet fistuleux consécutif à un abcès froid, à la suite d'une lésion de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale.

Cet enfant a eu la rougeole à deux ans et demi, la coqueluche à l'âge de quatre ans. Après cette dernière maladie, il a eu des glandes au cou, qui n'ont pas suppuré, mais qu'on retrouve encore aujourd'hui assez développées. Il est assez grand, blond, et possède un certain nombre d'attributs du tempérament lymphatique, tels que développement du tubercule médian de la lèvre supérieure, altérations spéciales des dents. Ses parents se portent bien, mais son grand-père paternel est mort phtisique. Il y a cinq mois, il a ressenti une douleur d'abord légère à la partie supérieure du dos. Cette douleur que rien n'avait provoquée, fut

d'abord irrégulière et intermittente. Elle ne tarda pas à être suivie d'un gonflement auquel succéda bientôt une collection purulente, qui fut ouverte par un médecin ; il sortit un peu de pus, l'enfant ne fut pas arrêté, il ne souffrait nullement d'ailleurs. L'ouverture restant fistuleuse, il vint à l'hôpital le 2 octobre 1877. Quand je pris mon service, le 1^{er} novembre, je constatai un petit orifice fistuleux placé au niveau de la troisième apophyse épineuse dorsale ; par cette ouverture, un stylet s'introduisit dans un trajet ascendant, occupant la ligne médiane. Ce stylet venait s'arrêter sur la saillie normale de la deuxième apophyse épineuse dorsale, et produisait un son dur, osseux. L'examen de toutes les parties voisines de ce trajet appartenant à la colonne vertébrale, ne faisait reconnaître aucune particularité qui rappelât une osteite, dépassant les limites reconnues par le stylet. L'enfant n'éprouvait aucun des phénomènes du mal de Pott, et par la pression, en dehors de la ligne médiane, on ne provoquait aucune espèce de douleur. Par contre, la pression sur la seconde apophyse épineuse, était douloureuse et produisait une mobilité manifeste de cette apophyse.

Le 9 novembre, je pratiquai une contre-ouverture sur le sommet de l'apophyse, et, avec de simples pinces, il me fut facile d'extraire la partie mobile, d'un demi-centimètre de longueur ; elle ne tenait plus à la base de l'apophyse, qui était encore cartilagineuse. Les suites de cette opération furent très simples, et la cicatrisation était définitive le 17 novembre.

OBSERVATION V (POLAILLON).

Le nommé Jean D..., âgé de vingt-neuf ans, mécanicien, entra dans mon service le 19 mars 1879.

Cet homme portait à la région dorsale un abcès par congestion, de forme bilobée, s'étendant depuis la base de la poitrine, jusqu'à la partie inférieure de la région lombaire. Les douleurs rachidiennes, qui avaient précédé l'apparition de l'abcès, les douleurs provoquées par la pression des apophyses épineuses, dans la partie moyenne de la région thoracique, indiquaient que la collection purulente avait pour origine une osteite

suppurée, où une tuberculisation vertébrale. Mais il n'y avait pas de gibbosité.

Le 22 mars, ponction et évacuation de l'abcès avec l'appareil Dieulafoy ; injection d'une solution phéniquée au 20^e, de manière à produire l'hyperdistension des parois ; puis aspiration de ce liquide séance tenante, de manière à n'en laisser dans la poche qu'une minime quantité. Cette opération fut renouvelée trois fois à trois semaines d'intervalle.

Le 17 juin, le malade est envoyé à Vincennes ne souffrant plus dans le rachis, et l'abcès par congestion paraissant guéri.

Le 17 décembre, D... rentre dans mon service. Un abcès s'est reformé à la partie inférieure de la région dorsale et s'est ouvert spontanément. Au bout de dix jours, le traitement antiseptique de cet abcès amène sa guérison.

OBSERVATION VI (POLAILLON)

(Recueillie par M. PELTIER, interne de service.)

Ostéite suppurée d'une vertèbre lombaire ; abcès par congestion dans la région sacrée ; guérison.

Le nommé Jean W..., âgé de trente-huit ans, employé d'octroi, entre le 23 juin 1882, salle Broca, n° 34.

Pas d'antécédents strumeux. Ses frères et sœurs sont bien portants. Fièvres intermittentes légères pendant un séjour en Cochinchine ; depuis qu'il est rentré en France, plus d'accès.

Au mois de décembre 1879, le malade s'est heurté la région lombaire en passant sous un wagon. Quelques temps après, en janvier 1880, il aurait ressenti dans le côté gauche, un peu au-dessus de la hanche, une douleur lancinante, peu intense d'abord, puis très vive. Au bout de quatre mois, le malade était courbaturé et ne pouvait ni se baisser, ni se redresser. Néanmoins, aucun trouble de la motilité, sauf un peu de faiblesse des membres inférieurs, qui ne dura que quelques jours.

Au bout de cinq mois et demi ; le malade s'est aperçu qu'il avait une petite tumeur dans la région sacrée, tumeur qui a augmenté rapidement et a atteint le volume d'une grosse orange. En même temps que le développement de la tumeur, qui était un abcès, disparition des douleurs.

En juillet 1880, W... est rentré à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon. L'abcès est ouvert avec le bistouri. Drainage ; injections phéniques et injections de teinture d'iode. Après sept semaines de traitement, l'abcès suppurait encore et le malade quitta l'hôpital.

Depuis cette époque, la fistule s'est fermée et rouverte trois fois.

Etat actuel. — A l'union de la région lombaire et de la région dorsale existe une fistule qui donne, depuis huit mois, passage à une suppuration modérée. On arrive, avec le stylet, sur des parties osseuses dénudées du périoste, qui dépendent des apophyses épineuses de la première lombaire et de la douzième dorsale. Décollement de la peau jusque sur la face postérieure gauche du sacrum. Les douleurs locales sont nulles. Depuis plusieurs années le malade tousse assez fréquemment. Quelques sueurs nocturnes. Pas de fièvre le soir. Jamais d'hémoptysies. Auscultation pulmonaire négative. Perte d'appétit. Amaigrissement.

1^{er} juillet 1882. Chloroformisation. Incision avec le thermocautère depuis la fistule supérieure jusqu'à la région sacrée, dans une étendue de 12 à 14 centimètres, de manière à mettre à nu les parties malades et les tissus décollés. Cautérisation du trajet fistuleux et des parois de l'abcès. Rugination des deux apophyses épineuses malades, depuis leur extrémité postérieure jusqu'à leur base, au niveau des lames vertébrales. Pansement à l'iodoforme.

Consécutivement à l'opération, malaise, céphalalgie, langue amère, anorexie. Ces accidents sont attribués à l'absorption de l'iodoforme. M. Polaillon abandonne ce mode de pansement pour recourir aux pansements avec des compresses phéniquées. Les accidents disparaissent totalement.

Tous les deux ou trois jours, le pansement est renouvelé. Il consiste en lavages avec la solution phéniquée au 20^{me}, injectée dans le fond de la plaie, et en applications de plusieurs doubles de compresses phé-

niquées, recouvertes d'un taffetas gommé et d'une couche de ouate. Le tout maintenu par un bandage de corps.

Le 20 octobre. La suppuration, quoique très diminuée, persiste encore et vient d'un point situé très profondément. L'exploration avec le stylet permet de constater qu'il y a encore un point osseux dénudé. Ce point paraît être au niveau de l'apophyse articulaire supérieure de la première lombaire. M. Polaillon plonge le thermocautère jusqu'à ce point, de manière à le cautériser complètement.

Les lavages et les pansements phéniqués sont continués.

5 décembre. Toute la plaie, faite pour l'incision avec le thermocautère, est cicatrisée. Il ne reste plus qu'une fistulette qui ne donne plus passage qu'à quelques gouttes de pus. Aucune douleur lombaire, aucune gêne des mouvements de la colonne vertébrale. Le malade est envoyé en convalescence à Vincennes.

Le 27 décembre, à son retour de Vincennes, W... vient se présenter dans le service de M. Polaillon. Sa fistule est guérie. La santé générale est bonne et le patient marche et exécute tous les mouvements qu'il désire, sans éprouver ni fatigue ni douleur. Il a été revu ces jours derniers ; la guérison paraît complète.

OBSERVATION VII (POLAILLON)

(Recueillie par M. PELTIER, interne du service)

Ostéite suppurée de la quatrième et cinquième vertèbres dorsales; abcès par congestion dans le flanc droit; incision au thermocautère; résection de l'apophyse épineuse des vertèbres malades; guérison.

La nommée Marie S..., âgée de trente-un ans, domestique, entre le 17 avril 1882, à la Pitié, salle Gerdy, n° 16, dans le service de M. Polaillon.

Pas de maladies antérieures; pas d'antécédents strumeux. Pas de

grossesse, ni de fausse couche. Les règles sont irrégulières depuis quatre mois.

Il y a un an et demi, la malade a vu se produire à la base du thorax, du côté droit, sans cause appréciable, un abcès indolent qui fut ouvert par M. Lancereaux, drainé et lavé à l'acide phénique.

Après être resté cinq mois à l'hôpital, elle sortit avec une fistule donnant issue à une assez grande quantité de pus. Cette suppuration ayant augmenté au commencement de 1882, elle entra dans le service de M. Polaillon.

Etat actuel. — Au niveau de la dernière fausse côte droite, à 6 centimètres en dehors de la colonne vertébrale, une fistule donne passage à du pus légèrement fétide et contenant quelques grumeaux. Avec un stylet, on constate que la côte est dénudée.

La santé générale est assez bonne. L'appétit et les forces sont conservés. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal du côté des poumons. Il y a seulement un amaigrissement notable.

Le 20 avril, chloroformisation. Incision depuis la fistule jusqu'à la côte dénudée. Rugination de cette dernière. Pansement à l'iodoforme.

Au bout de quinze jours, la suppuration est aussi abondante et présente les mêmes caractères qu'au moment de l'entrée de la malade.

Le 14 mai, nouvelle rugination du foyer et de la côte dénudée. Pansement à l'iodoforme tous les trois jours. La malade absorbe l'iodoforme et l'élimine par les urines et la salive.

La suppuration augmente au lieu de diminuer. La malade maigrit et présente des accès fébriles le soir (38° le matin, 39°5 le soir). Cependant, elle ne tousse pas et ne présente aucun phénomène de tuberculisation pulmonaire.

Un jour la malade se plaint de souffrir dans le dos. Et, en effet, entre la troisième et la cinquième vertèbre dorsale, M. Polaillon découvre un léger gonflement avec un peu de fluctuation. Il n'y a point de gibbosité. Pas de trouble de la sensibilité ni de la motilité. La pression des apophyses épineuses, au-dessus et au-dessous du point fluctuant, n'est pas douloureuse.

Le 27 juin, chloroformisation. Incision avec le thermocautère descendant sur la ligne médiane, à partir de la troisième apophyse épineuse dorsale dans l'étendue de 10 centimètres environ. Un foyer purulent,

qui a son siège dans les muscles de la gouttière vertébrale droite est mis à nu. Les apophyses épineuses de la quatrième et cinquième vertèbres sont atteintes d'ostéite et en contact avec le pus. M. Palaillon résèque leur extrémité postérieure et rugine toutes leurs parties dénudées. A l'extrémité inférieure de l'incision qu'il vient de pratiquer avec le thermocautère, il découvre un trajet plein de fougosités, passant au-dessous des muscles de la masse lombaire et venant aboutir au foyer qui a été ouvert au niveau de la dernière fausse côte droite. Toutes les fougosités de ce foyer sont enlevées avec la curette de Volkmand. Une contre-ouverture est pratiquée dans la région lombaire et un drain est placé dans cette contre-ouverture.

Tous les trois jours, lavages phéniqués de la plaie et des trajets, puis pansement à l'iodoforme.

Amélioration rapide de l'état général. Disparition de la fièvre. A aucun moment la malade n'a été incommodée par l'iodoforme de ses pansements.

A la fin de juillet la suppuration était fort peu abondante.

Au commencement de novembre, la malade allait très bien. La longue incision dorsale était complètement cicatrisée. Il ne restait plus que deux petites fistules, l'une au niveau de l'abcès costal primitif, l'autre au niveau de la contre-ouverture lombaire. Ces fistules ne donnent plus passage qu'à une quantité très minime de pus.

Séjour d'un mois au Vésinet, pendant lequel la santé générale se consolide de plus en plus.

La malade vient nous voir au commencement de cette année; les deux fistules sont complètement guéries.

OBSERVATION VIII

(BÆCKEL, chirurgie antiseptique, p. 462).

Emma W..., neuf ans, abcès froid gros comme un point d'adulte au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Le 21 août 1880, dissection de la poche comme une tumeur. Extirpation : au fond de la plaie

on tombe sur un point de vertèbre (épine) carié, en communication avec l'abcès. Extraction de cette portion d'os avec la gouge et le maillet. Désinfection. Réunion. Tube à drainage court sur le milieu de la ligne de réunion. Lister. Compression. Température soir, 37,3.

Le 1^{er} septembre, température matin, 37,5; soir, 38,4. Enlèvement du tube, pas une goutte de pus.

Le 2, température matin, 37,1; soir, 37,5.

Le 3, température matin, 37; soir, 37.

Le 4, température matin, 36,7; soir, 37.

Le 5, température matin, 36,5; soir, 36,9. Enlèvement des épingles.

Réunion parfaite sans une goutte de pus, Croûte desséchée sur le trajet du tube.

Exeat le 10 (dixième jour). Guérison maintenue depuis lors (mai 1882).

OBSERVATION IX (RECLUS)

Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale.

A l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Lannelongue, que nous suppléons, nous avons opéré un jeune scrofuleux de quatorze ans, d'un abcès de la région dorsale. Il y a trois mois qu'apparut la tumeur; elle grossit peu à peu et atteignait, au moment de l'entrée, 13 centimètres sur 7. Le 13 juillet, nous faisons deux incisions, l'une verticale, qui ouvre la poche dans son plus grand diamètre, et l'autre perpendiculaire à la première. Les parois, d'une épaisseur de 3 à 5 millimètres, sont grattées avec la spatule jusqu'aux muscles et à l'aponévrose, les sommets des apophyses épineuses de la dixième et de la onzième vertèbre dorsales sont ruginées; les lèvres de la plaie sont suturées sur un drain de gros calibre. Les fils n'ont pas tenu; les bords se sont désunis; la suppuration des premiers jours a été abondante; mais bientôt l'écoulement s'est tari, les bourgeons se sont développés, et aujourd'hui, trois semaines après l'intervention, la cicatrisation est presque complète.

OBSERVATION X

(M. BUFFET, hôpital d'Elbeuf, *Gazette des hôpitaux de Paris*, p. 1131).

Ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires. — Résection des deux apophyses articulaires. — Grattage d'un corps vertébral. — Guérison.

Veuve X..., quarante-sept ans, journalière, demeurant à Caudebec-les-Elbeuf, est entrée dans les premiers jours de juillet à l'hôpital d'Elbeuf pour se faire opérer un trajet fistuleux de la région costo-iliaque gauche, maladie dont elle est atteinte depuis le mois de février, à la suite d'un abcès.

Comme antécédents morbides, elle accuse une fièvre typhoïde contractée il y a vingt ans; elle a eu neuf grossesses qui se sont toutes bien terminées; il n'y a pas de maladies diathésiques dans sa famille, et la malade a joui jusqu'alors d'une bonne santé. Elle n'a jamais rien eu du côté de la poitrine, n'a jamais rien remarqué d'anormal dans l'émission de ses urines; elle se plaint seulement d'un peu de faiblesse dans les reins (colonne vertébrale) et elle se fatigue très vite debout.

L'examen de la lésion démontre que le trajet fistuleux communique avec plusieurs clapiers, dont trois principaux se dirigent, l'un profondément du côté et sous la masse sacro-lombaire jusqu'à une surface dénudée qu'on sent très bien avec le stylet.

Un deuxième se prolonge sous la paroi antérieure de l'abdomen dans une étendue de 5 centimètres: il est sus-aponévrotique; le troisième est également sus-aponévrotique et descend verticalement au devant de l'os coxal dans une étendue de 10 centimètres.

C'est évidemment une lésion osseuse qui est le point de départ de ces désordres. Quelle est-elle?

Est-ce une côte ou la colonne vertébrale elle-même qui est malade? Le diagnostic reste indécis.

L'opération est pratiquée le 10 juillet avec l'aide des docteurs Petit et

Bertrand; la malade est seule dans une chambre et les précautions antiseptiques sont rigoureusement observées.

Je fais à la peau deux incisions parallèles, partant l'une du niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'autre 10 centimètres au-dessus et aboutissant à la ligne des apophyses épineuses. Je réunis les deux extrémités antérieures de ces deux incisions par une troisième verticale et je dissèque ainsi un lambeau en forme de volet qui se rabat sur la masse sacro-lombaire droite.

J'aperçois alors dans la plaie ainsi mise à découvert plusieurs clapiers pleins de bouillie tuberculeuse et qui sont immédiatement grattés avec la cuiller tranchante. J'ai à ce moment de la peine à retrouver le trajet osseux profond et j'incise couche par couche la masse sacro-lombaire; les vaisseaux sont pincés à mesure et il n'y a pas de sang perdu.

Arrivé sur la gouttière vertébrale, je sens très distinctement avec le stylet deux apophyses articulaires dénudées et malades. Je les détache au moyen de la gouge et du maillet et je me sers de la cuiller tranchante pour gratter la partie externe du corps d'une vertèbre correspondante également malade.

Les clapiers antérieurs et inférieurs sont également grattés très profondément, puis toute la plaie opératoire est désinfectée au moyen d'une solution de chlorure de zinc à 1/15.

Deux tubes à drainage sont placés, l'un au niveau des apophyses malades, l'autre dans le trajet sus-coxal et le lambeau de peau est relevé puis suturé avec de la soie phéniquée.

Pansement phéniqué; taffetas gommé; ouate et bandage de corps.

L'opération a duré une heure et demie. La malade est couchée dans son lit et réchauffée. La température à ce moment est de 36°3. Injection d'éther, 1 gramme.

Prescriptions : vin chaud ; potion de Todd à 60 grammes ; lait et bouillon.

Dans la journée il y a des vomissements fréquents. La malade est en proie à une douleur intense de la cuisse gauche, du côté malade. Cette douleur se continue les jours suivants et il y a en même temps un peu de parésie de tout le membre inférieur gauche ; ce phénomène est très probablement dû à un peu de commotion de la moelle.

Le soir du premier jour, la température est remontée à 37°. La malade qui n'a pas uriné depuis l'opération est sondée.

Les jours suivants la parésie du membre inférieur coexiste toujours avec une hypéresthésie très accentuée.

Ces phénomènes persistent jusqu'au sixième jour, à partir duquel l'état général s'améliore de jour en jour.

L'appétit renaît; les urines, qui dans les premiers jours contenaient un peu de pus, redeviennent normales, et la suppuration qui se fait par les tubes à drainage devient très vite presque nulle.

Les drains sont retirés le 12 août.

La malade reprend des forces; elle peut se lever dans les premiers jours de septembre et elle se trouve assez bien pour demander à sortir le 15 septembre. A ce moment, elle conserve au niveau de la suture antérieure une petite fistulette par laquelle sort une goutte de pus de temps en temps. Le stylet peut à peine y pénétrer et la persistance de ce petit écoulement tient à ce qu'il est resté dans ce petit trajet très peu profond; quelques noyaux de matière tuberculeuse qui s'enlèveront facilement avec une curette quand la malade voudra s'y prêter.

J'ai revu cette malade il y a quelques jours, le 20 novembre: elle travaille, elle a repris des forces et de l'embonpoint, et on peut considérer sa guérison comme définitive.

OBSERVATION XI

(LANNELONGUE, Tuberculose vertébrale, 1888.)

Ostéite tuberculeuse d'une apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire.

Émile S..., âgé de neuf ans, entre à l'hôpital Trousseau le 10 décembre 1884. Son père est mort phthisique; sa mère est bien portante. Il a eu deux frères et une sœur; un des frères est mort de méningite tuberculeuse. L'enfant lui-même est d'une bonne santé; il a eu la rougeole à

trois ans et la scarlatine à cinq ans; il n'a pas d'autre affection tuberculeuse que celle pour laquelle il vient à l'hôpital.

Il porte depuis un mois sur la région latérale gauche du rachis, à la partie supérieure de la région lombaire, une collection du volume d'une pomme d'api proéminent en arrière dans la gouttière vertébrale. Cette collection est fluctuante; elle soulève les téguments, mais elle s'enfonce profondément au milieu des muscles de la région; elle s'est développée progressivement, sans douleur. L'enfant raconte qu'il souffrait d'une façon irrégulière avant l'abcès, surtout lorsqu'il pliait son corps.

Aujourd'hui, la pression sur les apophyses épineuses ne réveille pas de douleur; latéralement, on provoque une certaine sensibilité, mais on ne peut la rapporter au squelette, à cause de l'abcès qui gêne l'exploration. Il n'existe aucun trouble du côté des membres inférieurs; la mobilité est intacte et il n'y a eu aucune manifestation douloureuse de ce côté; la miction et la défécation sont normales. On diagnostique un abcès tuberculeux, mais on resté dans le doute sur son origine osseuse que l'on croit seulement probable.

Le 12 décembre, incision de l'abcès, décortication de la membrane; on reconnaît que la cavité pénètre par un trajet à travers la masse sacro-lombaire; on nettoie ce trajet des fongosités, et on arrive sur une portion osseuse démodée et en partie mobile; on achève de la mobiliser. On extrait ainsi un séquestre jaunâtre, long de 1 demi-centimètre, appartenant à l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire.

La guérison du trajet était obtenue le 27 décembre, et l'enfant quitta l'hôpital quelques jours après.

OBSERVATION XII

(LANNELONGUE. Tuberculose vertébrale)

Tuberculose externe sous-cutanée et osseuse à foyer multiples.

Lésions des arcs vertébraux postérieurs.

Emile-Eugène B..., âgé de dix ans et demi, entre le 2 juin 1887 à l'hôpital Trousseau, salle Denouvilliers, n° 10.

Pied droit. — Le pied droit est parsemé de cicatrices non déprimées, lisses, un peu polissées sur les bords qui sont irréguliers et de même niveau. La couleur de ces cicatrices est d'un blanc rosé, leur forme générale est arrondie ou ovalaire; leur longueur varie de 1 demi-centimètre à 1 ou 2 centimètres. On en voit ainsi 5 ou 6 sur le bord interne du pied. Au-dessus et au devant du talon, il existe un tubercule, sous-cutané formant une induration rouge, dont le centre est en voie de suppuration. Au-dessus et en avant de la malléole interne se trouve une cicatrice reposant sur le tibia, mais n'adhérant pas à la surface osseuse; même aspect que la précédente. A la face antérieure du cou-de-pied il y a deux petites cicatrices analogues; il y en a deux autres sous la malléole externe; l'une présente une croûte à son centre; l'articulation tibio-tarsienne est saine.

Jambe droite. — Une cicatrice étroite, allongée, longue de 4 centimètres, se trouve placée parallèlement à la crête du tibia dont elle est séparée par une distance de 1 demi-centimètre; elle correspond au niveau du jambier antérieur. Sur la face interne de la jambe, à sa partie moyenne, est une autre cicatrice longue de 3 cent. 1/2 et large de 1 centimètre, adhérente au tibia. L'os ne présente aucune tuméfaction à ce niveau, aucune modification de forme. En arrière, sur le mollet, on voit une cicatrice de 5 centimètres de longueur, déprimée, adhérente au tissu sous-jacent; en arrière et au dessous d'elle, il en existe une autre arrondie, et une troisième au-dessous. Rien à la cuisse; rien sur le membre inférieur gauche.

Membre supérieur droit. — En avant, une cicatrice au pli du coude. Ankylose complète du coude dans une position intermédiaire à l'extension et à la flexion à angle droit; les parties osseuses et articulaires sont déformées; on ne trouve plus la régularité des saillies normales.

La pronation et la supination sont totalement abolies. La pression sur les saillies du coude est un peu douloureuse et la peau présente quatre cicatrices sur les côtés et en arrière; ces cicatrices sont adhérentes aux os. L'atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras est considérable. La main n'a rien.

Membre supérieur gauche. — Rien à la main. L'articulation du coude est intacte, mais au-dessous du coude, en dehors et en dedans, il existe deux ulcérations. L'interne est recouverte par une croûte de pus

concrété qui obstrue l'orifice d'une fistule. L'externe, située plus haut, à trois travers de doigts au-dessus de l'olécrâne, présente une ouverture fistuleuse laissant sortir un pus jaune, mal lié. Le stylet mène directement sur la face postero-externe de l'humérus au-dessus de l'épiphyse; il pénètre dans l'épaisseur de cet os.

Thorax. — On trouve sur le thorax de nombreuses cicatrices et une fistule costale de la dixième côte.

Vertèbres, région dorsale. — Dans la région scapulo-vertébrale gauche, à la partie inférieure, au niveau de l'angle inférieur du scapulum, est une grande cicatrice de 7 ou 8 centimètres de hauteur sur 5 de largeur. Vers le centre on remarque une fistule dont l'orifice est situé à 4 centimètres de la ligne des apophyses épineuses au niveau de la septième vertèbre dorsale. Le stylet, en suivant une direction légèrement oblique en bas et en dehors, à une profondeur de 2 centimètres, rencontre une surface rugueuse, osseuse, appartenant à l'apophyse transverse de cette vertèbre. A la partie inférieure et externe de la même cicatrice est une autre fistule dans laquelle le stylet, en descendant obliquement en dehors, à une profondeur de 3 centimètres, remonte une côte altérée de la même manière que l'apophyse transverse précédemment explorée.

Malgré le très grand nombre de manifestations tuberculeuses, l'état général de cet enfant est bon, et il n'existe aucune localisation viscérale appréciable.

OBSERVATION XIII (LANNELONGUE.)

Une dame de quarante-quatre ans, M^{me} X..., vient me consulter cette année. Elle porte au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, en arrière et à droite de la ligne médiane, une tumeur du volume d'une petite noix, d'une consistance molle, d'une fluctuation évidente, bien que difficile à apprécier tout d'abord; sa forme est régulière et arrondie.

Placée sous le trapèze, cette tumeur est très peu mobile; on peut l'isoler des parties profondes auxquelles elle semble se rattacher. En dedans elle se rapproche de très près de la ligne médiane, et là, elle s'avance jusqu'à la base de l'apophyse épineuse de la cinquième cervicale;

le sommet de cette apophyse est en dehors d'elle et beaucoup plus saillant.

La ligne des apophyses épineuses est régulière; la pression sur l'apophyse épineuse de la cinquième cervicale, surtout sur le côté, est manifestement douloureuse; on réveille la douleur chaque fois qu'on renouvelle l'expérience; il n'y a de douleur sur aucun autre point. Cette tumeur donne lieu à de légères douleurs dans l'épaule et sur le côté du cou; ces phénomènes se sont montrés en avril dernier. L'augmentation de la tumeur est progressive.

La malade est, à part cela, d'une bonne santé. Je l'ai revue à deux reprises; l'abcès est devenu superficiel; il a tous les caractères d'un abcès symptomatique.

OBSERVATION XIV

CHIPAULT. (*Archives gén. de médecine*, 1890, p. 447.)

Nous avons opéré, il y a six mois, une fillette de quatre ans et demi venue dans le service de M. de Saint-Germain, pour un mal de Pott postérieur des premières vertèbres dorsales, avec abcès froid médian, gros comme le poing.

Depuis quelques jours, les parents avaient remarqué une sorte de rétropulsion du globe oculaire gauche avec chute de la paupière supérieure. Une incision longitudinale ouvrit une poche tuberculeuse sous-cutanée, à la partie profonde de laquelle arrivait un diverticule plein de fongosités. Celui-ci, débridé au bistouri en haut et en bas, mena sur un nouvel abcès, en contact avec les arcs postérieurs, et dans la cavité duquel on sentait, en haut et à gauche une lame et une apophyse articulaire (probablement celles de la première dorsale) à nu et rugueuses. Elles furent enlevées au clavier, le foyer sous-jacent de pachyméningite tuberculeuse postérieure, très exubérant, ruginé prudemment, et une masse de fongosités, du volume d'une noix, enlevée du canal rachidien. Cautérisation au chlorure de zinc de toutes les parties tuberculeuses, drainage, sutures, pansement iodoformé, corset plâtré. Le huitième

jour, les fils et le drain furent enlevés. Son trajet resta fistuleux longtemps et ne s'est fermé que ces jours derniers. Aujourd'hui tout est cicatrisé, sans trace de récurrence.

Le lendemain même de l'opération, la rétropulsion du globe oculaire gauche et le ptosis qui n'était probablement qu'une conséquence de celle-ci, diminuèrent; le surlendemain, ils avaient disparu.

Sans doute les fongosités enlevées comprimaient l'origine intra-médullaire des fibres sympathiques du muscle de Müller : la paralysie de celui-ci produit en effet une rétraction du globe oculaire et un faux ptosis (Brühl, Contribution à l'étude de la syringomyelie, th. Paris, 1890, p. 52).

OBSERVATION XV (CHIPAULT, chirurgie médullaire 1894);

(Due à l'obligeance de M. BRACQUEHAYE.)

**Résection de l'apophyse et des lames de la première lombaire,
carie, persistance d'un trajet fistuleux.**

T. J..., trente-sept ans. Père et mère morts de vieillesse, l'un à soixante-dix-huit ans, l'autre à quatre-vingt-dix. Un frère mort à quarante-sept ans d'hémorragie cérébrale, sœur morte de maladie aiguë.

Santé toujours bonne jusqu'en 1870. Depuis cette époque, il a toujours toussé et beaucoup maigri, il n'a cependant jamais eu d'hémoptysie.

En 1885, fièvre typhoïde qui l'a laissé presque complètement sourd.

En juillet 1891, il remarqua une grosseur dans la région dorsale.

Il entre à la Pitié le 9 août, on constate alors dans la région dorso-lombaires deux poches communiquant. Le malade est manifestement tuberculeux.

Le 15 août. Large incision de l'abcès froid, grattage, lavage de la poche à l'eau phéniquée forte.

On ne sent pas de point osseux dénudé.

L'incision a été faite à gauche de la ligne médiane et longitudinale. La

plaie se referma, mais il se reforma une poche fluctuante dans la même région.

Le 25 octobre. Dissection de la poche qui s'énuclée assez facilement, sauf dans sa partie profonde où elle adhère ; on voit alors que ce point correspond à un trajet fistuleux qui mène sur l'apophyse épineuse et les lames de la première lombaire. Résection de l'os malade. Le canal médullaire contient des bourgeons fongueux qui sont grattés à la curette. Badigeonnage au chlorure de zinc. Sutures. Pansement sec. Réunion par première intention en treize jours, un léger trajet peu profond persistant à la partie inférieure de la plaie.

Le malade sort, puis revient dans le service pour un abcès froid dans la même région.

En janvier, il remarque qu'il a des fourmillements et de la faiblesse dans les jambes.

Actuellement, fin février 1892, l'abcès froid s'est ouvert spontanément. Trajets fistuleux, au niveau des anciennes incisions conduisant sur des portions osseuses dénudées.

Depuis l'ouverture de l'abcès, la faiblesse et les fourmillements dans les jambes ont disparu.

OBSERVATION XVI (CHIPAULT, *Ibid.*)

(Due à l'obligeance de M. CLADO.)

Résection de l'apophyse épineuse et de l'arc de la troisième cervicale carié, guérison complète, longtemps suivie.

Femme d'environ cinquante cinq ans, maigre et presque cachectique.

Tuméfaction à la hauteur de la troisième vertèbre cervicale, de forme ovale, de la grandeur de la paume de la main, molle, pâteuse et fluctuante à la fois. Douleurs à la pression bien localisées en un point qui correspond au milieu de la collection. Incision en **1**, j'arrive sur une apophyse épineuse et sur un arc que je résèque. On voyait et on sentait la dure-mère au fond de la plaie. La résection a été faite à la pince-

gouge. Les parois de la poche tuberculeuse furent alors réséquées, cautérisées au chlorure de zinc et iodoformées. Bain et pansement après suture partielle. La guérison fut complète ; plusieurs mois encore après qu'elle parut définitive la malade resta à l'hôpital et ne présentait lors de son départ aucun signe de récurrence.

OBSERVATION XVII

(CHIPAULT, *Ibid.* et due à l'obligeance de M. REYNIER,
chirurgien des hôpitaux.)

Résection de la neuvième dorsale cariée, guérison.

En 1882, M. Reynier eut à soigner à l'hôpital Necker, une femme d'une trentaine d'années qui présentait au niveau de la huitième ou neuvième apophyse épineuse dorsale, et un peu à droite de la ligne médiane, un trajet fistuleux conduisant sur une lame vertébrale cariée. Incision longitudinale. Résection de cette lame, d'une partie de la lame située au-dessus et également atteinte, ainsi que de fongosités sous-jacentes ; drainage à la gaze iodoformée.

La malade fut suivie peu de temps à cause d'un changement de service, mais il est probable, étant donné l'état local du dernier pansement, qu'elle a fermé sa plaie assez rapidement.

OBSERVATION XVIII (CHIPAULT. *Ibid.*)

(Due à l'obligeance de M. ZAVALETA)

Tuberculose de l'apophyse transversale de la 5^e lombaire.

Résection de cette apophyse. Amélioration nulle, mort.

N..., argentin, vingt-quatre ans, télégraphiste, présente des lésions tuberculeuses pulmonaires au second degré. La lésion vertébrale date de

deux ans, époque où il souffrit de douleurs, spontanées et à la pression dans la région lombo-dorsale, avec de rares intermittences.

Entérite chronique. — A l'examen on constate un trajet fistuleux lombaire, datant de un an, et donnant une grande quantité de pus fétide. Pas de signes de compression médullaire. Monobstant le très mauvais état général, je me décide à intervenir, la suppuration pouvant être pour beaucoup dans l'état du patient. La fistule est débridée, l'apophyse transversale de la 5^e lombaire et la partie postérieure de la crête iliaque, mises à nu, curetées, et la plaie drainée. Le résultat fut nul, de nouveaux trajets s'ouvrirent et la mort survient seize jours après l'intervention.

OBSERVATION XIX

(I. ROBERTS, *Revue d'orthopédie* 1904, p. 315.)

Sur un cas de tuberculose primitive des lames et des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. (*Annals of surgery*, mai 1904.)

Il s'agit d'une fillette de 10 à 12 ans, d'origine russe, qui raconte que trois mois auparavant, elle fit une chute, et ressentit une violente douleur dans les flancs et dans l'abdomen. Celle-ci disparut bientôt, mais elle commença à souffrir dans les jambes. Peu de temps après, elle fut prise de fièvre, et tout à coup fut atteinte de paraplégie avec légère scoliose de la région dorsale, avec sensibilité à la pression.

L'état général était mauvais; il y avait de la fièvre, des vomissements, des douleurs très vives dans les cuisses, des eschares au niveau des hanches.

Lorsque M. Roberts vit la malade pour la première fois, il constata une saillie très marquée dans la région dorsale, n'ayant pas tout à fait l'aspect de la cyphose ordinaire du mal de Pott; cette déformation était de date très récente. On appliqua un corset plâtré avec extension et contre-extension au lit. Malgré cela, la déformation augmenta, et le gonflement se montra surtout de chaque côté de la ligne médiane, prenant l'apparence d'une collection fluctuante.

C'est alors seulement qu'on fit le diagnostic de tuberculose des lames vertébrales. On se décida à faire une incision exploratrice et à pratiquer, si c'était nécessaire, la laminectomie. On tomba en effet sur une collection caséuse, mélangée de sang et au milieu de laquelle nageaient de nombreux séquestres. La cavité vidée et l'hémostase faite, on fit un tamponnement à la gaze iodoformée, et on fit une incision semblable du côté opposé.

Les lames vertébrales furent alors coupées facilement et le chirurgien put explorer les parties malades; mais, à ce moment l'état de l'enfant devient très alarmant, et elle succomba malgré les injections de strychnine et d'eau.

L'examen post-mortem permit de constater que les lésions étaient limitées aux arcs vertébraux. Des vaisseaux importants s'étaient trouvés ouverts par le processus tuberculeux et il en était résulté de véritables hématoécès. La moelle épinière paraît saine.

Les tissus malades ont été trouvés remplis de bacilles tuberculeux.

D'après les renseignements qui suivent l'observation, où il est dit que sur les cinq vertèbres toutes dorsales, préclitées, la dernière contenait l'extrémité supérieure de la queue de cheval, et que les arcs vertébraux des trois vertèbres situées au-dessus étaient seuls atteints de carie, on peut conclure que la lésion frappait trois arcs consécutifs de trois dorsales-inférieures, probablement, 9^e, 10^e, 11^e.

OBSERVATION XX (JAEGER).

(Présentation à l'Académie de Médecine de New-York,
séance du 17 février 1905).

Le Docteur Jaeger présente un malade dont l'affection débuta en avril 1896. La mère nota d'abord que l'enfant penchait la tête en avant et se plaignait de douleurs au niveau de la nuque et sur les côtés du cou. A cette époque, cet enfant était bien nourri, bien portant. A hauteur de la sixième cervicale, il y avait une gibbosité; tandis que la vertèbre sous-jacente paraissait effacée et rigide.

Note prise le 5 janvier 1897. — Enfant en bon état, portant un appareil depuis le mois de mai précédent, pas d'augmentation de la difformité. Il porta encore l'appareil pendant deux ans, puis celui-ci fut supprimé.

La maladie resta latente pendant quatre ans, quand il se forma un furoncle sur le bord interne de l'omoplate droite. On appliqua des cataplasmes, puis on incisa, et depuis lors l'écoulement du pus n'a pas cessé. Deux ans plus tard, un autre abcès se forma sous l'omoplate gauche. On l'ouvrit et il est resté ouvert depuis.

Pendant tout ce temps, il suivit un traitement général purement médical. Ses plaies étaient pansées à l'eau phéniquée, mais l'enfant ne portait pas d'appareil. Son appétit est resté bon, il dort bien, il va et vient sans aucun trouble. Dernièrement, il s'est plaint de douleurs au niveau du dos et d'essoufflement.

Actuellement, cet enfant est pâle et faible, il tient la tête inclinée en avant. L'examen de la colonne vertébrale montre une légère difformité et le tracé actuel de la courbure est presque identique avec celui qui fut pris il y a neuf ans. Il existe deux fistules qui secrètent du pus.

OBSERVATION XXI (REED).

Rapport sur un cas d'ostéite des apophyses épineuses et des lames vertébrales simulant la tuberculose du corps des vertèbres au mal de Pott.

Françoise C..., âgée de six ans, fut admise à l'hôpital le 13 juin 1904, avec le diagnostic de mal de Pott lombaire, pour le traitement d'un abcès par congestion. Rien de précis à signaler dans son histoire. Elle avait vécu pendant les trois dernières années près de Saint-James (Long Island), et sa difformité n'avait été reconnue qu'un mois avant son admission. Pendant ce temps, la gibbosité avait augmenté rapidement et au moment de son entrée à l'hôpital, elle présentait une incurvation postérieure uniforme de la colonne, depuis le haut de la région dorsale jusqu'au sacrum, mais pas de difformité angulaire. Il y avait infiltration

manifeste de chaque côté des apophyses épineuses, ainsi que de la douleur, mais il n'y avait pas de fluctuation. Contraction légère du psoas droit, mais pas d'abcès.

L'enfant fut couchée sur un cadre de Bradforet, et deux mois après, la contracture du psoas avait disparu. Par contre, on percevait de la fluctuation au niveau des apophyses épineuses de la région darso-lombaire. En décembre, cinq mois après son admission, on remarquait une tumeur distincte et de la fluctuation sous le fessier droit ; l'infiltration dans le voisinage des apophyses épineuses avait plutôt augmenté, mais la fluctuation existait surtout du côté gauche. La gibbosité était plutôt amoindrie.

Le 14 février, une incision fut faite au travers du grand fessier et environ six onces de pus caséux furent évacuées. Une fois la cavité complètement vidée, l'ouverture de la poche fut suturée, ainsi que la peau. Puis une autre incision fut faite un peu à droite des apophyses épineuses des onzième et douzième vertèbres dorsales ; il en sortit environ trois à quatre onces de matière caséuse et très peu de liquide. En pressant énergiquement sur le côté gauche de la colonne, à partir de la région dorsale supérieure, ce contenu faisait issue par l'ouverture inférieure. Un stylet arriva au contact de l'os dénudé. Le doigt introduit sur l'apophyse épineuse, celle-ci fut complètement trouvée érodée. Cette vaste poche fut complètement nettoyée avec de la gaze stérilisée et le même soin fut porté pour la suture que pour l'autre abcès.

A ce moment, l'abcès siégeant sous le fessier, fut trouvé de nouveau complètement rempli. Il fallut rouvrir la plaie pour faire sortir trois à quatre onces de pus. Ceci fait, la plaie fut suturée une seconde fois et l'enfant reportée dans son lit avec un corset plâtré complété d'un spica. Jusqu'à présent, il n'y a eu que peu de réaction, la température est presque normale et l'enfant va bien.

L'examen microscopique du pus évacué, n'a révélé la présence d'aucune sorte de bactérie.

OBSERVATION XXII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé GUYOT).

B. R..., quatorze ans, est conduit à ma consultation au mois de mai 1905, pour des douleurs au niveau de la colonne vertébrale, remontant à plusieurs mois.

Son père est mort de rupture d'anévrisme, sa mère est bien portante. Son grand-père paternel est mort d'affection cardiaque, sa grand'mère maternelle est morte, très âgée d'une maladie de vessie. On ne trouve dans ses antécédents héréditaires directs ou collatéraux aucun cas de tuberculose, si ce n'est la mort d'un de ses frères, mort d'une méningite probablement tuberculeuse, à l'âge de trois mois.

Dans ses antécédents personnels, on relève une coqueluche à six ans ; elle évolue sans complication. Il y a trois ans, rougeole. Depuis cette dernière affection, l'enfant a présenté, à différentes reprises, un écoulement du côté de l'oreille droite, et des poussées subaiguës d'adénite cervicale, n'ayant jamais suppuré.

Il y a trois ou quatre mois environ, sans qu'on puisse exactement préciser, l'enfant a commencé à accuser des phénomènes douloureux du côté de la région rachidienne. Ces douleurs survenaient surtout dans la soirée, lorsque l'enfant s'était plus particulièrement agité. En même temps que ces douleurs, au début intermittentes, on constatait de l'inappétence, un amaigrissement notable, et une modification du caractère. De nerveux, vif et actif, R... devenait triste, abattu, recherchant l'immobilité.

A l'examen, nous trouvons un enfant de mauvais état général, au teint pâle, aux muqueuses décolorées. L'ayant découvert, nous ne trouvons rien de particulier à l'examen des différents organes : rien au poumon, rien à l'abdomen, pas de troubles des membres inférieurs. Si l'on étend le sujet à plat ventre sur une table, on trouve que la colonne vertébrale, au niveau de la région dorso-lombaire, sur la ligne médiane, présente une tuméfaction. Cette tuméfaction est étendue de 3 ou 4 centi-

mètres, dans le sens vertical, et de 5 à 6 centimètres, dans le sens transversal. La peau, à ce niveau, commence à être distendue. La pression est douloureuse, et à la palpation, on trouve une fluctuation manifeste. Si l'on fait marcher le malade, et si on lui fait exécuter quelques mouvements, on se rend compte de l'existence d'une contraction très nette des muscles de la masse sacro-lombaire. Etant donné l'évolution torpide et froide de la collection, nous pensons à l'existence d'un mal de Pott, avec abcès postérieur. Dans les jours qui suivirent, une ponction évacuatrice donna issue à du pus caséeux et permit l'injection d'une certaine quantité d'éther iodoformé. A travers le trajet de la ponction, il fut facile ultérieurement d'introduire un stylet qui conduisit sur l'apophyse épineuse de la 11^e ou 12^e vertèbre dorsale, qui était dénudée, et présentait les caractères d'une ostéite tuberculeuse. C'est dans ces conditions, que le diagnostic du mal de Pott postérieur fut porté. Dans les jours qui suivirent, on incisa largement la collection, on pratiqua le curettage des parois de l'abcès, on fit la résection partielle de l'apophyse malade, en terminant l'opération par une cautérisation soignée, au chlorure de zinc au 10^e. Après plusieurs semaines de pansements iodoformés, le trajet fistuleux persistant disparut et la guérison s'ensuivit au bout d'un an environ d'immobilisation dans le décubitus horizontal. L'enfant n'a pas été revu depuis, mais d'après des nouvelles indirectes, il aurait repris sa vie active, et ne présenterait pas de déviation consécutive.

OBSERVATION XXIII (Inédite, résumée).

(Due à l'obligeance de MM. le professeur agrégé PRINCETEAU et LOUBAT, interne des Hôpitaux).

Oscar M..., treize ans et demi, entré le 11 mars 1907, à l'Hôpital des Enfants, salle 10, pour une scapulalgie droite datant de six mois, et abcès de la région dorsale.

L'enfant, dans les antécédents héréditaires et personnels duquel, on ne relève rien de particulier au point de vue de la tuberculose, présentait

depuis six mois des douleurs dans l'épaule droite, dues à une scapulalgie facilement décelable. L'ankylose était presque complète, à son entrée à l'hôpital les mouvements étaient empruntés au scapulaire. Pas de points douloureux sur le reste de l'omoplate.

Depuis deux mois, il présente une tumeur au niveau de la région dorsale supérieure, tumeur qui s'est développée sans douleur. Fait intéressant : au moment de l'apparition de la tumeur, les douleurs de l'épaule se sont calmées. Cette tumeur, située au niveau de la région dorsale supérieure, à droite de la ligne médiane, est du volume d'une noix, fluctuante. A son niveau, la peau est amincie et violacée. La pression sur l'apophyse épineuse de la première dorsale, est un peu douloureuse, à son extrémité seulement. Pas de douleur provoquée dans le reste de la colonne vertébrale, même par la percussion. Pas de raideur dans les articulations vertébrales.

Le 21 mars 1907, ponction, évacuation de l'abcès, suivie d'injection d'éther iodoformé ; le 27 mars, ouverture spontanée de l'abcès : fistule. Par l'ouverture on continue les injections d'éther iodoformé.

La fistule s'oblitére rapidement, et les parents reprennent l'enfant quelques jours après. L'enfant revient aux pansements externes, au bout d'un mois environ, la cicatrisation de la fistule dorsale est complète. Pas de douleur. Depuis on n'a pas eu de nouvelles de l'enfant, qui devait revenir à la première alerte.

OBSERVATION XXIV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur LEFÈVRE, médecin résidant à l'hôpital Saint-André).

H..., vingt-quatre ans, serrurier, vient aux pansements externes de l'hôpital Saint-André pour une fistule siégeant au niveau du bord postérieur du sterno-déïdom-astoïdien du côté droit. 19 mars 1908.

Parents bien portants, frères en bonne santé.

A eu la rougeole dans son enfance et la fièvre typhoïde à dix-neuf ans. A contracté une blennorrhagie pendant son service militaire.

L'affection actuelle paraît remonter à trois ans et demi. A vingt-un ans, il avait des douleurs dans la région cervicale, douleurs qui s'irradiaient vers l'occipital durant trois semaines à un mois, le tout s'accompagnait de contracture immobilisant la tête, empêchant les mouvements de flexion et d'extension. Il constatait en même temps que son cou se tuméfiait du côté droit, dans la région postéro-latérale, sans cesser complètement cependant à aucun moment. Durant trois ans, il a eu ainsi le cou gros et une certaine difficulté dans les mouvements de la tête, la rotation surtout. Il consulta plusieurs médecins qui prescrivirent de l'huile de foie de morue à l'intérieur, et de la révulsion par la teinture d'iode.

En septembre 1907, sans cause appréciable, son cou augmenta de volume, devint plus douloureux sans que les mouvements fussent plus gênés. La peau rougit, et il entra à la Charité, à Paris, où on lui incisa sa tuméfaction inflammatoire. Il s'écoula du pus mélangé, dit-il, avec des grumeaux. Au bout de quinze jours, il quittait l'hôpital, l'incision n'étant pas complètement cicatrisée.

Actuellement il vient parce que il s'écoule toujours du pus par l'orifice de l'incision, devenu fistuleux. Nous sommes en présence d'un garçon d'aspect vigoureux, blond. Au niveau du cou, du côté droit, on note une tuméfaction mamelonnée qui remonte derrière l'apophyse mastoïde et descend derrière le sterno-cléido-mastoïdien jusque vers le tiers moyen de ce muscle. A son niveau, la peau est rosée, à la partie inférieure de la tuméfaction; vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien, existe un orifice fistuleux par lequel s'écoule du pus grumeleux. La palpation de la région, à peu près indolore, donne une sensation d'empâtement. La pression sur les apophyses épineuses est indolore. L'examen du trajet au stylet montre qu'il se dirige de haut en bas en avant ou en arrière, vers la partie latérale de la colonne cervicale, à 7 ou 8 centimètres de profondeur. A la portée moyenne du trajet, on a la sensation d'un séquestre. Tous les mouvements de la tête se font bien et sont indolores.

La radiographie montre la présence d'un corps étranger, séquestre probablement, situé au point où le stylet le dénonçait. Du côté de la colonne cervicale, la radiographie est négative, l'image de la région n'étant pas très nette.

Rien dans les divers appareils.

Le 19 mars, anesthésie par le chloroforme, incision du trajet fistuleux sur la sonde cannelée, les parois de ce trajet fistuleux, épaisses de 1 centimètre environ, lardacées, fongueuses sous le trapèze, au sein des tissus fongueux, on trouve un morceau d'os régulièrement découpé et dentelé.

Ablation de l'os nécrosé, curettage des masses fongueuses, exploration du trajet qui conduit vers les apophyses transverses des troisième et quatrième cervicales. On ne trouve cependant pas de point osseux dénudé. Chlorure de zinc au dixième. Drainage. Réunion avec des crins.

Ablation du drain le quatrième jour, des crins le quinzième jour. La réunion s'est effectuée per primam.

Le malade, revu fin avril, continue à aller bien.

OBSERVATION XXV (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur DENUÉ, et due à l'obligeance de M. le Docteur RABÈRE, chef de clinique).

Mal de Pott postérieur et tuberculoses osseuses multiples.

Lucien D..., onze ans, entré le 19 février 1906, salle 8, lit 4.

Parents vivants, en bonne santé. Ils ont eu trois enfants. Celui-ci est l'aîné, le second a été opéré quelques jours avant, salle 8, pour une fissure à l'anus, le troisième se porte bien.

Il est né à terme, dans de bonnes conditions; mauvais allaitement mercenaire. Sevrage prématuré (cinq mois). A deux ans, il a eu la rougeole, à trois ans, la coqueluche. Depuis, il est sujet à des bronchites répétées. A cinq ans, il a eu une broncho-pneumonie, angine grave à six ans; à huit ans, ablation de végétations adénoïdes, à neuf ans, pleurésie du côté droit ponctionnée.

Fin décembre 1905, sa mère constate au niveau du poignet droit et de l'articulation du pied gauche une tuméfaction dure au début, molle

dans la suite, douloureuse à la pression sous une peau qui, normale au début, prit peu à peu une teinte violacée. Cette tumeur augmente de volume assez rapidement, et la mère fait entrer l'enfant salle 8, le 18 février 1906.

Etat actuel le 19 février 1906. — Enfant pâle, anémié, petit, peu développé.

Etat local. — La face dorsale du poignet droit et le cou-de-pied gauche présentent tous les signes de la tuberculose osseuse. Traitement général : sirop iodo-tannique local, méthode de Bier. La stase veineuse est supportée au début pendant une heure et à dater du 8 mars, vingt heures. A partir du 5, on le réduit à trois heures. Injection d'éther iodoformé, pansements à la teinture d'iode. Le 10 avril, ouverture spontanée d'une fistule au pied gauche.

Jusqu'en janvier 1907, l'état de l'enfant ne s'améliore guère, malgré des interventions multiples, injections modificatrices, curettages, cautérisations ; au mois de septembre était apparu un abcès froid au niveau de la cuisse gauche. Le 2 janvier, l'enfant présente encore au niveau de la face dorsale de la main une tuméfaction violacée, avec de nombreuses fistules amenant sur des portions osseuses dénudées du carpe et du premier métacarpien. Au pied gauche, empâtement de l'articulation tibio-tarsienne avec cinq trajets fistuleux dont deux conduisent jusqu'au niveau des os.

2 février, ouverture spontanée d'une gomme à la face interne du mollet droit.

Le 23 février, *apparition d'un abcès volumineux au niveau de la région sacro-lombaire* : ponction et injection d'éther iodoformé. Pas de raideur dans le jeu des articulations des vertèbres.

Le 27 février, *spina ventosa* à l'index de la main droite.

12 mars, avec anesthésie générale au kélène, ponction et injection d'éther iodoformé au niveau de l'abcès sacro-lombaire, renouvelées le 6 avril.

Le 4 mai, sous chloroforme : incision longitudinale dans la région lombaire un peu à droite de la colonne vertébrale. Ecoulement de sérosité jaunâtre avec grumeaux purulents. On trouve un séquestre gros comme un pois. Décollement vers la crête iliaque droite qui ne présente pas d'ostéite. Le séquestre *appartient à l'apophyse épineuse de la*

quatrième vertèbre lombaire que l'on résèque. Curettage des fongosités puis bourrage à la gaze iodoformée. Drainage à la partie moyenne de la plaie avec la mèche et suture de la peau aux crins de florence. Le 10 mai, on enlève le drain et quelques fils ; le 13 mai on enlève les derniers fils. Mèche aseptique. La mèche est supprimée le 18 mai.

Le 21 juin, la plaie de la région lombaire est guérie.

Le 25 juin, sous chloroforme : curettage et cautérisation au thermo-cautère des fistules du mollet droit, de la main droite et du pied gauche, suivie d'inflammation des tissus curettés avec élévation de la température.

Le 5 août, *la cicatrice lombaire s'ulcère* spontanément donnant une fistule pansée à la teinture d'iode ; guérison le 1^{er} septembre.

L'ophtalmo-réaction à la tuberculine T est au 200^e, est positive et intense.

Nouvel abcès lombaire s'ouvrant spontanément le 17 octobre, soigné à la teinture d'iode. Nouvelle ulcération encore le 8 novembre, même traitement.

Verrue tuberculeuse au niveau du pouce gauche qui disparaît après des injections à l'alcool absolu.

Aux mois de janvier et février 1908, encore quelques fistules au niveau du spina ventosa et du poignet, soignées à l'oxyde de zinc.

Depuis son entrée à l'hôpital le malade a suivi par intermittence un traitement général au sirop iodo-tannique.

Actuellement (mai 1908), le malade est dans un état satisfaisant. Il ne lui reste plus qu'une légère fistule au niveau du poignet, fistule, qui, d'ailleurs, marche vers la guérison avec des pansements iodoformés. *Du côté de sa colonne vertébrale, on ne constate aucune lésion*, aucune apophyse n'est douloureuse à la pression ; en somme rien ne décèle la présence d'une lésion tuberculeuse de cette partie du squelette.

OBSERVATION XXVI (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur DENUCÉ et due à l'obligeance de M. le Docteur RABÈRE, chef de clinique.)

Madeleine L., trois ans, entrée salle 7, le 22 avril 1908.

Père alcoolique, mère bien portante. Un frère de neuf ans, une sœur de cinq ans, bien portants.

Née à terme, cette enfant a été nourrie au sein maternel jusqu'à quatorze mois. Dentition et marche normales. Elle a eu la coqueluche à dix-huit mois, la rougeole à deux ans. L'état général de l'enfant est actuellement satisfaisant. A l'examen du poumon l'on ne constate rien d'anormal. Pas d'adénite maxillaire.

Il y a un mois environ, la mère s'aperçut que l'enfant avait une tumeur au niveau des dernières vertèbres lombaires ; l'enfant serait tombé sur le dos quelque temps auparavant. Depuis la constatation de la tumeur, son volume n'aurait pas augmenté, elle serait restée à peu près indolore.

Actuellement, la tumeur, du volume d'une noix environ, siège à un centimètre environ à gauche de la ligne des apophyses épineuses, au niveau de la troisième ou quatrième lombaire. La peau qui la recouvre ne présente pas de coloration spéciale, elle est mobile sur la tumeur. Celle-ci est fixée profondément, on ne peut la déplacer ni dans le sens longitudinal, ni dans le sens transversal, on sent qu'elle est fixée aux apophyses épineuses sous-jacentes. Sa consistance est molle, pseudo-fluctuante, sa surface régulière.

L'examen des autres parties de la colonne vertébrale ne montre aucun point douloureux à la percussion ou à la pression, sinon un peu de sensibilité au niveau de l'apophyse épineuse de la troisième lombaire. Pas de raideur dans les articulations vertébrales, l'enfant se baisse facilement. Pas d'abcès du côté de la fosse iliaque, de la région inguinale, ni de la fesse.

Il s'agit, suivant toute probabilité, d'un abcès consécutif à une ostéite tuberculeuse, d'une apophyse épineuse lombaire.

Le 7 mai, *intervention chirurgicale*. — Anesthésie au chloroforme ; incision verticale sur le milieu de la tumeur, la peau incisée, la tumeur isolée donne la sensation d'un lipome, on cherche à l'extirper en totalité, mais une déchirure donne issue à du pus verdâtre grumeleux. On fait une incision large de l'abcès, les parois de la poche sont réséquées, puis on explore les apophyses épineuses.

Celle de la troisième lombaire, dénudée, présentait des lésions d'ostéite, elle est réséquée avec la pince-gouge, ainsi que celle de la quatrième lombaire qui était légèrement dénudée. A droite, le pus fusait du côté de l'apophyse transverse de la troisième lombaire, légèrement atteinte, on curette jusqu'aux parties saines, puis on cautérise soigneusement avec le chlorure de zinc au dixième.

Bourrage de la plaie à la gaze iodoformée. Réunion de la partie supérieure par deux points de suture.

Le 18 mai, la plaie est en bonne voie de guérison, le foyer tuberculeux semble complètement éteint.

Le 23 mai, en bonne voie de guérison.

CONCLUSIONS

I. Le mal de Pott postérieur, plus fréquent qu'on ne veut bien le dire, « comprend les altérations tuberculeuses limitées à l'arc postérieur des vertèbres. »

II. On publie peu les observations de cette affection, cependant en consultant celles qu'on peut recueillir dans la science, on peut en déduire les faits suivants :

1° Il est aussi fréquent chez l'adulte que chez l'enfant, il est souvent primitif, quelquefois secondaire.

2° Les lésions frappent le plus souvent un seul arc vertébral, fréquemment cependant deux ou trois arcs sont affectés. Elles se localisent par ordre de fréquence sur les apophyses épineuses, les apophyses transverses, enfin, les lames.

3° Elles aboutissent presque toujours à la formation d'un abcès, abcès qui a une tendance presque exclusive à se porter superficiellement en arrière, sur les côtés de la ligne épineuse.

4° Comme dans le mal de Pott antérieur, à l'encontre de ce qu'on pensait, le mal de Pott postérieur peut amener des complications méningées et médullaires, compression, suppuration, assez facilement curables.

5° Le début de l'affection se manifeste par une douleur locale, spontanée et provoquée, ou bien par un abcès indolent.

6° Le diagnostic assez facile en général, doit surtout s'attacher à éliminer la tuberculisation des corps vertébraux.

7° Le pronostic est bénin en général.

8° Traiter l'affection le plus tôt possible pour éviter la propagation au corps et les complications médullaires. Le traitement le plus favorable consiste en : extirpation de la paroi de l'abcès, extraction des séquestres, résection large de la portion d'os malade. Suture pour amener la réunion par première intention.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
M. DENUCÉ.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 mai 1908.

Le Recteur de l'Académie :
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1778. PERCIVAL POTT. — Remarques sur cette espèce de paralysie des extrémités inférieures, qui accompagne souvent une courbure de l'épine, avec la manière de la traiter.
Dans : Œuvres Chirurgicales de Percival Pott, traduction sur la deuxième édition, 3 vol. in-8°. Paris, 1792, p. 133.
1821. RIBES (F.) — Carie des vertèbres. Dictionnaire des sciences médicales.
1828. BOUILLAUD (J.) — Carie des lames et des apophyses épineuses des vertèbres supérieures de la région dorsale du rachis. Journal hebdomadaire de Médecine. Paris, 1828, p. 227-231.
1837. OLLIVIER (D'ANGERS). — Maladies de la moelle épinière, t. I, p. 388.
1840. LENOIR (A.) — Examen critique de l'état actuel de nos connaissances sur les diverses altérations qui constituent le mal vertébral de Pott. Archives générales de Méd. Paris, 1840, p. 461.
1843. OLLIVIER. — Dictionnaire de Médecine.
1853. PIORRY. — Mémoire sur les diverses affections du rachis, désignées sous le nom de mal de Pott. Moniteur des Hôpitaux. Paris, 1853, p. 461, 469, 487.
1857. BOUVIER. — Du rapport des lésions et des symptômes dans le mal vertébral. Bulletin de la Société de Chirurgie. Paris, 1857-58, p. 540, 557.
1858. BROCA (P.) — Différences entre les deux principales espèces de mal vertébral.
-

1877. HERRGOTT. — Du spondylizème ou affaissement vertébral, suite du mal vertébral de Pott, cause nouvelle d'altération pelvienne. Annales de gynécologie. Paris, 1877, t. I, p. 175, 201.
1878. LANNELONGUE. — Note sur les ostéites apophysaires. Bulletin de la Société de Chirurgie. 1878, p. 162.
1882. BÖCKEL. — Fragments de chirurgie antiseptique, Paris 1882, p. 462.
RECLUS. — Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale, In Gazette hebdomadaire de Médecine. Paris, 1882, p. 506.
1883. HERRGOTT. — Spondylizème et spondylolisthesis, nouveaux documents pour l'étude de ces deux espèces de lésions pelviennes. Annales de gynécologie. Paris, 1883, t. II, p. 321, 352.
NEUGEBAUER. — Annales de gynécologie. Paris, 1883, t. II, p. 315.
POLAILLON. — Sur quelques cas de guérison du mal de Pott. Société de Médecine de Paris, 13 janvier 1883. Union Médicale 1883, t. II, p. 1073.
1884. RECLUS. — Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale. Critique et Clinique Chirurgicales, 1884, p. 144.
1885. OLLIER. — Traité des résections. 1885, tome III, p. 834.
1886. BUFFET. — Ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires; résection de deux apophyses articulaires; grattage d'un corps vertébral, guérison. Gazette des Hôpitaux. Paris, 1887, p. 113.
DELORME. — De l'intervention chez les tuberculeux. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie. Nov. 1886 (Rapport de Nepver).
1887. DEMOULIN. — Rejet par les voies aériennes de séquestre de la colonne vertébrale dans le cours d'un mal de Pott. Bulletin Société Anat. 1887, p. 91.
RECLUS. — Traitement des abcès froids. Gazette hebdomadaire de Médecine. 7 janv. 1887, p. 1.
1888. LANNELONGUE. — Mal vertébral postérieur in Tuberculose vertébrale. Paris.
1890. CHIPAULT (A.) — Chirurgie rachidienne du mal de Pott. Archives générales de Médecine 1890, t. II, p. 444, 560, 676.
KRASKE (Fribourg). — Dix-neuvième Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Revue d'Orthopédie, 1890, p. 313.
1892. LLOYD. — Laminectomie pour paraplégie pottique. Annals of Surgery, 1892, t. II, p. 288, 335.
1893. BRUNELLE. — Déviations latérales simulant la scoliose dans le mal de Pott. Thèse de Lille, 1892-93.
PHOCAS. — Revue d'orthopédie, 1893.
- *

1894. CHIPAULT (A.) — Etudes de Chirurgie Médullaire. Paris, p. 417.
ROBERTS (J.) — Sur un cas de tuberculose primitive des lames et des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. *Annals of surgery*, mai 1894 in *Revue d'Orthopédie* 1894, p. 315.
1895. FORISSIER. — Contribution à l'étude de la paraplégie dans le mal de Pott. Thèses de Lyon, 1874-95.
PHOCAS. — Leçons cliniques de chirurgie orthopédique.
1896. DENUÉ (M.). — Mal de Pott. Paris. Rueff.
1897. BROCA (A.) et DELANGLADE. — Tuberculose des arcs vertébraux postérieurs in *Traité des Maladies de l'Enfance*. Grancher et Comby.
GAYET. — La gibbosité dans le mal de Pott. *Anatomie pathologique*. Traitement. Thèses de Lyon, 1896-97.
PÉTRON (E.) — Spondylolisthesis, suite de mal de Pott, chez un jeune homme de 18 ans. *Revue d'orthopédie*, 1897, p. 125.
GUYOT (J.) — Contribution à l'étude de l'immobilisation dans le mal de Pott. Thèses de Bordeaux, 1898-99, p. 39.
1899. MÉNARD (V.) — Notes sur les altérations vertébrales dans le mal de Pott. *Revue d'orthopédie*, 1899, p. 173, 301, 379.
1900. MÉNARD (V.) — Etude pratique sur le mal de Pott. Paris, 1900.
PIÈCHAUD. — Mal de Pott postérieur, in *Précis de Chirurgie infantile*. Coll. Testut, 1900.
1901. KIRMISSON. — De l'importance de la radiographie comme signe clinique dans le mal de Pott. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Nantes, 1901. *Presse Médicale*, octobre 1901.
1902. SIREDEY. — Le diagnostic du mal de Pott chez l'adulte. *Journal des Praticiens*, 1902.
DUPRAT. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite vertébrale aiguë de l'enfant. Thèse de Bordeaux. 1901-02.
1903. EASTMAN. — *American Journal of Surgery and Gynecology* et in *Revue d'Orthopédie*, 1905, p. 377.
FELTGEN. — Du pseudo-mal de Pott syphilitique. Thèse de Nancy, 1902-03.
1904. CHIPAULT (A.) — Manuel d'orthopédie vertébrale.
1905. JAEGER. — Communication à l'Académie de Médecine de New-York, section d'orthopédie, fév. 1905, p. 377.
MERCADER Y FIERRO. — Contribution à l'étiologie et l'anatomie pathologique du mal de Pott. *Med. de los niños*. Barcelone, 1905, p. 193, 225, 353.
NOVÉ-JOSSERAND. — *Précis d'orthopédie*. Coll. Testut. 1905.

- REED. — Communication à l'Académie de Médecine de New-York, section d'orthopédie, fév. 1905. *Revue d'orthopédie*, 1905, p. 377.
1906. KIRMISSON. — Précis de Chirurgie infantile.
- MOUSSAUD. — Mal de Pott sans signe rachidien chez l'adulte. Thèse de Paris, 1905-06.
1907. DONNEZAN. — Mal de Pott à forme scoliotique. Diagnostic. Thèse de Paris, 1906-07.
1908. — PIÉCHAUD et DENUcé (M.) — Mal vertébral postérieur, in Précis de Chirurgie infantile, Coll. Testut. 1908, p. 225.

